Dr. Paul Minkowski.

Die Eidgenössische Kranken- und Unfallversicherungsgesetzgebung.

Die Eidgenössische Kranken- und Unfallversicherungsgesetzgebung

DISSERTATION

zur

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

der

hohen juristischen Fakultät

der

UNIVERSITÄT FREIBURG IN DER SCHWEIZ

vorgelegt von

Paul Minkowski

aus Warschau.

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

FREIBURG (Schweiz)

ST. PAULUS-DRUCKEREI

1912

Meinen lieben Eltern

gewidmet

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545312_0079

INHALTSVERZEICHNIS.

I. Überblick über die Kranken- und Unfallversicherung sowie die Haftpflichtgesetzgebung in der Schweiz.

Seite

Die Hilfskassen. Die Haftpflichtgesetzgebung. Art. 34*bis* der Bundesverfassung. Das Kranken- und Unfallversicherungsgesetz vom 5. Oktober 1899. Dessen Verwerfungsgründe. Neue Vorschläge. Beratungen über das neue Gesetz. (Allgemeines) 3–28

II. Das Kranken- und Unfallversicherungsgesetz vom 13. Juni 1911.

1. Die Krankenversicherung.

A. Subventionsprinzip. Anerkannte Krankenkassen. kantonaler, resp. Gemeindeversicherungszwanz . . 31–35

B. Subventionsbedingungen. (« Geschlossene » Kassen. Gleichstellung der Geschlechter. Versicherungsleistungen. Ärztliche und Apothekenfrage. Freizügigkeitsprinzip.) Rechtscharakter der anerkannten Krankenkassen. Die Rechtspflege. Entzug und Erneuerung der Anerkennung 35–60

C. Aufbringung der Mittel. (Arbeitgeberbeiträge beim kantonalen, resp. Gemeindeversicherungszwang . 60–69

2. Die Unfallversicherung.

A. Umfang der Versicherung. (Versicherungspflichtige und freiwillig versicherte Personen) 70–74

B. Die Versicherungsanstalt und ihre Organe. (Vorstand. Verwaltungsrat und dessen Ausschüsse. Agenturen.) 74–82

C. Gegenstand der Versicherung. (Betriebs- und Nichtbetriebsunfälle. Berufskrankheiten. Haftpflichtversicherung.) 82–92

D. Leistungen der Versicherungsanstalt. (Ärztliche Behandlung und Arzneien. Krankengeld. Rückver-

Seite

sicherung bei Krankenkassen. Invaliden- und Hinterbliebenenrenten. Revisionen. Rentenauskauf. Kürzungen der Versicherungsleistungen. Die Ausländerfrage.) 92–108

E. Aufbringung der Mittel. (Der Versicherungsfond Kapitaldeckungsverfahren. Die Versicherungsprämien. Gefahren- und Prämientarif. Beiträge des Bundes, der Arbeitgeber und Arbeiter. Erhebung der Beiträge. Die Lohnlisten.) Die freiwillige Versicherung mit spezieller Berücksichtigung der Landwirtschaft 109–123

F. Rechtspflege. Wegfall der Haftpflichtgesetze. Inkrafttreten des Obligationenrechts. Ansprüche der Anstalt und der Versicherten an Drittpersonen. Art. 341 des O.-R. 123–130

Schluß 130–134

LITERATURVERZEICHNIS.

A. Arbeiterversicherung im Allgemeinen.

Conrad. Grundriß der Politischen Ökonomie, II. Teil: Spezielle Volkswirtschaftslehre.

Philippovich. Grundriß der Politischen Ökonomie, II. Band, II. Teil, Tübingen 1907.

Handwörterbuch der Staatswissenschaften, Jena 1909, 3. Auflage, I. Band.

Schönbergs Handbuch der Politischen Ökonomie, 4. Auflage, Tübingen 1898, II. Band, II. Halbband.

Manes. Versicherungslexikon. Tübingen 1909.

— Das Versicherungswesen. Leipzig 1905.

Herkner. Die Arbeiterfrage, 5. Auflage, 1908.

Brentano. Die gewerbliche Arbeiterfrage in Schönbergs Handbuch der Politischen Ökonomie, 1. Auflage, I. Band.

— Der Arbeiterversicherungszwang, seine Voraussetzungen und Folgen. Berlin 1881.

— Die Arbeiterversicherung, gemäß der heutigen Wirtschaftsordnung. Leipzig 1879.

Schäffle. Der korporative Hilfskassenzwang. Tübingen 1882, bezw. 1884.

B. Arbeiterversicherung in der Schweiz.

Reichesberg. Handwörterbuch der schweizerischen Volkswirtschaft (Forrers Artikel über die Arbeiterversicherung), Bd. I, Bern 1903; Bd. III, Lieferung 101 und 102, Bern 1909.

Handwörterbuch der Staatswissenschaften. Büchers Artikel über die Arbeiterversicherung in der Schweiz. Jena 1898, 2. Aufl., I. Band. — Manes. Die Arbeiterversicherung in der Schweiz. Jena 1909, III. Aufl., I. Band.

Zacher. Die Arbeiterversicherung im Auslande. Berlin 1899. (XI. Heft; die Arbeiterversicherung in der Schweiz.)

Kinkelin. Die gegenseitigen Hilfsgesellschaften der Schweiz im Jahre 1880. Bern 1887.

Mehler. Die Volksversicherung in der Schweiz. Leipzig 1906.

Jules Repond. Critique de la loi fédérale du 5 octobre 1899, Fribourg 1900.

Eberle. Zur Beleuchtung des Bundesgesetzes betreffend die Kranken- und Unfallversicherung. Chur 1900. (Weitere Angaben über das Forrer'sche Gesetz s. Reichesberg, Handwörterbuch der schweizerischen Volkswirtschaft, Band I.)

Häberlin. Über das heutige Krankenkassenwesen und die zukünftige Krankenversicherung in der Schweiz. Zürich 1904.

Internationaler Arbeiterversicherungskongreß, Wien 1906. Edmund v. Steigers Artikel « Geschichte der Arbeiterversicherung in der Schweiz ».

Amtliches Stenographisches Bulletin der Bundesversammlung aus den Jahren 1896, 97, 98 und 99.

Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung zu dem Entwurfe eines Bundesgesetzes betreffend die Kranken- und Unfallversicherung (vom 10. Dezember 1906).

Bericht der Kommission des Nationalrates für die Vorberatung des Gesetzentwurfs über die Kranken und Unfallversicherung (vom 2. Mai 1908).

Bericht der Kommission des Ständerates für die Vorberatung des Gesetzentwurfs über die Kranken und Unfallversicherung (vom 20. November 1909).

Amtliches stenographisches Bulletin der Bundesversammlung aus den Jahren 1908, 1909, 1910.

C. Kranken- und Unfallversicherung in Deutschland.

V. Wödtke. Das Krankenversicherungsgesetz vom 15. Juni 1883 in der Fassung des Gesetzes vom 10. April 1892. Berlin 1893.

Peterson. Das Krankenversicherungsgesetz vom 15. Juni 1883 und 1892 (samt weiteren Novellen), Hamburg 1908.

H. Paasche. Das Unfallversicherungsgesetz vom 6. Juli 1884, seine Entstehung und sozialpolitische Bedeutung. (Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, neue Folge, Band IX.)

Robert Landmann. Das Unfallversicherungsgesetz vom 6. Juli 1884. Nördlingen, Verlag der Beck'schen Buchhandlung.

Just. Die Land und forstwirtschaftliche Unfall- und Krankenversicherung, nach dem Reichsgesetze vom 5. Mai 1886, Berlin 1888.

Hand und Lehrbuch der Staatswissenschaften. XV. Band. Grundzüge der Sozialpolitik, von Dr. R. van der Borght. (Die Arbeiterversicherung, Leipzig 1904.)

Verschiedene Aufsätze in der Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, herausgegeben von Manes.

I.

Überblick über die Kranken- und Unfallversicherung sowie die Haftpflichtgesetzgebung in der Schweiz.

Überblick über die Kranken- und Unfallversicherung sowie die Haftpflichtgesetzgebung in der Schweiz.

Die Hilfskassen. Die Haftpflichtgesetzgebung. Art. 34bis der Bundesverfassung. Das Kranken- und Unfallversicherungsgesetz vom 5. Oktober 1899. Dessen Verwerfungsgründe. Neue Vorschläge. Beratungen über das neue Gesetz. (Allgemeines.)

Das neue Gesetz einer eidgenössischen Kranken- und Unfallversicherung bedeutet einen wesentlichen Fortschritt auf dem Gebiete der sozialen Fürsorge in der Schweiz. Es wurde gleich seinem Vorgänger, dem mißglückten Forrer'schen Gesetze vom 5. Oktober 1899, durch empfindliche Mängel der bisherigen Einrichtungen und Gesetze hervorgerufen. Ein Überblick über die Krankenversicherung der vorforrer'schen Ära und die Haftpflichtgesetze — welch' letztere fast ausschließlich für die Unfallfürsorge maßgebend waren, — wird uns diese Mängel deutlich vor Augen führen.

Als charakteristisches Merkmal der schweizerischen Krankenversicherung ist die korporative Selbsthilfe zu bezeichnen. Zahlreiche Hilfsvereine fungieren als Organe der Versicherung ; sie sind nicht einheitlich zusammengefaßt, tragen ein buntes Gepräge, indem verschiedene Zweige der Arbeiterversicherung in ihnen verschieden verbunden sind, so die Krankenversicherung mit Altersunterstützung, Krankenversicherung mit Begräbnisunterstützung, Krankenpflege mit Invalidenunterstützung usw. Das Hilfskassenwesen ent-

wickelte sich in der Schweiz rasch und faßte feste Wurzeln auf dem günstigen Boden eines scharf ausgeprägten Solidaritätsgefühls.

Es bestanden :

1865	632	Hilfsvereine
1880	1086	»
1886	1241	» [1]

Die Mitgliederzahl belief sich im Jahre 1865 auf 96,000 1880 auf 209,920. [2]

Was die Verteilung auf die Kantone betrifft, so besaßen die größte Zahl von Vereinen im Jahre 1886 :

Kanton	St. Gallen	236	Vereine
»	Zürich	216	»
»	Bern	130	»
»	Aargau	103	» [3]

(Der Kanton Freiburg wies die geringe Zahl von 7 Hilfsvereinen auf.)

Das Gesamtvermögen dieser Hilfskassen betrug im Jahre 1890 . . . . . 16,652,939 Fr.
Die Jahresausgabe . . . . . 2,940,481 »

Hievon entfielen auf :

Krankenunterstützung	1,349,650	»
Invalidenpensionen	333,375	»
Witwen- und Waisenunterstützung	418,842	
Sterbegelder	493,675	» [4]

[1] Zacher, Die Arbeiterversicherung in der Schweiz, S. 4.
[2] Ebenda, S. 4.
[3] Ebenda, S. 5 ff. Weitere Angaben aus den späteren Jahren sind im II. Teile dieser Arbeit enthalten. Hier handelt es sich um die Schilderung der Verhältnisse bis zum Forrer'schen Gesetze.
[4] Zacher, Die Arbeiterversicherung in der Schweiz, S. 4.

Aus dieser Zusammenstellung ersehen wir, daß weitaus der größte Teil der Leistungen auf die Krankenunterstützung entfiel.

Das damalige Hilfskassenwesen ist vor allem durch eine weitgehende Zersplitterung charakterisiert. Die Tätigkeit der Kassen war meistens auf kleinere Territorien beschränkt ; laut einer dem schweizerischen Arbeitersekretariat entnommenen Publikation vom Jahre 1886 zählten von der Gesamtzahl von 1241 Hilfskassen nur 12 je über 1000 Mitglieder.

Deshalb können wir auch beobachten, wie schon in den siebziger Jahren sich Bestrebungen geltend machten, dieser übermäßigen Zersplitterung entgegenzuwirken. So wurde z. B. im Jahre 1870 die Krankenkasse für den Kanton Bern gegründet ; 1877 die « Société Vaudoise de secours mutuels » ; etwas später noch die « Fédération des sociétés de secours mutuels de la Suisse Romande » ; auch die Hilfsvereine mehrerer ostschweizerischer Kantone haben sich zu einem Freizügigkeitskonkordate vereinigt.

Als größere, in jener Zeit entstandene Zentralvereine wären unter anderen noch zu erwähnen : der vom Fachvereine unabhängige Zentralverband der Sticker-Kranken- und Unterstützungsvereine, sowie Kasseneinrichtungen des Typographenbundes, vom Gewerkverein unterhalten und geleitet, mit obligatorischem Eintritt der Mitglieder.

Trotz aller dieser lobenswerten Reformbestrebungen zum Zwecke der Herbeiführung einer größeren Zentralisierung im Krankenkassenwesen, führen die oben erwähnten Zahlen der Publikation vom Jahre 1886 eine genügend deutliche Sprache.

Neben der weitgehenden Zersplitterung kommen als Hauptmängel in Betracht die ungenügenden versicherungstechnischen Grundlagen. « Unter dem Vorgeben von ‚Gegenseitigkeit', von ‚Solidarität' etc. setzte man ein System ein, das ganz willkürlich und deshalb notwendigerweise schwankend ist, nach dem ein Teil der Versicherten zuviel und andere nicht genug bezahlen, während doch die wahre

Gegenseitigkeit eine gerechte Verteilung der Lasten voraussetzt und nicht in einer Gruppierung von Begünstigten einerseits und Ausgebeuteten andererseits bestehen kann. »[1]

Worin besteht nun die Unvorsichtigkeit so vieler Kassen, die sich dann nach einer mehr oder weniger stürmischen Existenz auflösen müssen ? Sie verkennen die Art des Risikos, mit dem sie sich befassen. Sie berücksichtigen nicht den Umstand, daß im höheren Alter die Krankheitstage sich vermehren, daß man also, von einem unrichtig verstandenen Solidaritätsgefühl ausgehend, nicht für alle Altersklassen die gleichen Beiträge erheben darf. Will man an den Prinzipien der Versicherungsdoktrin festhalten, so ist zweierlei zu beachten : 1. die Prämie jedes aufzunehmenden Mitgliedes ist so zu bemessen, daß sie nicht nur dessen geringerem Risiko in jüngeren Jahren entspreche, sondern auch eine Art Reserve für das spätere Lebensalter und die damit verbundene größere Erkrankungsmöglichkeit enthalte ; denn nur bei einem derartigen Verfahren ist die Möglichkeit gegeben, für einen und denselben Versicherten während der gesamten Mitgliedschaftsdauer die Prämie in stets gleicher Höhe zu halten. Das sogen. « Prinzip der Nichtrückwirkung ». 2. die Prämien der Versicherten sind nach ihrem Eintrittsalter verschieden zu bemessen ; nur auf diese Weise wird für eine gerechte Verteilung der Lasten gesorgt. Beobachten die Kassen diese Forderungen der versicherungsmatematischen Wissenschaft nicht, und das ist leider nur zu oft der Fall, so gehen sie ihrem Ruin entgegen, indem sie allmählich die Prämien erhöhen müssen, dabei wiederum den Fehler begehen, diese Erhöhungen allgemein vorzunehmen, und dadurch von einem Zuzug jüngerer Elemente absehen müssen. « Daher kommt im Leben so vieler Kassen die unvermeidliche Aufeinanderfolge dreier Perioden vor : die allzugroße Billigkeit und der scheinbar blühende Stand beim Beginn, wenn das Durchschnittsalter der Versicherten ein niedriges

[1] Botschaft des Bundesrats, S. 30.

ist, die laufenden Ausgaben infolge dessen gering sind, und man nicht in Voraussicht auf das Älterwerden der Versicherten die nötigen Reserven bestellt, — dann die Erhöhung des Durchschnittsalters und also der Ausgaben, die Notwendigkeit, die Beiträge zu erhöhen oder die Leistungen herabzusetzen, stationärer Zustand, steigende Schwierigkeit der Rekrutierung, — endlich der Zusammenbruch, plötzlich oder langsam, aufsehenerregend oder unauffällig.» [1]

Weitgehende Zersplitterung und unzureichende technische Grundlagen sind also die Hauptmotive gewesen, welche den Bundesgesetzgeber veranlaßten, in dieses Gebiet einheitlich regelnd einzugreifen. Denn die kantonalen Gesetze, welche das Krankenkassenwesen bis 1890 zu regeln hatten, tauchten nur vereinzelt hie und da auf, trugen ein buntes Gepräge und nur ungenügend zur Regelung der Krankenversicherungsfrage bei. [2]

Die Kompetenzen des Bundes waren eng begrenzt; die Bnndesgesetzgebung mußte sich darauf beschränken, konzessionierten Eisenbahngesellschaften die Errichtung von Pensions- und Hilfskassen unter Gefahr der Konzessionsentziehung vorzuschreiben und bestimmte, daß Bußen, welche wegen Verstoßes gegen die Fabrikordnung erhoben werden, zu Unterstützungszwecken zu verwenden seien.

Zuletzt sei noch angeführt, daß das von geringen kantonalen Ausnahmen abgesehen — vorherrschende System der freiwilligen Versicherung als Folge hatte, daß Ende der achtziger Jahre die gesamte Mitgliederzahl der Arbeiter-, Kranken- und Sterbekassen auf nicht mehr als rund 200,000, d. h. kaum den dritten Teil der wirklich Fürsorgebedürftigen veranschlagt werden konnte [3].

[1] Botschaft des Bundesrats, S. 31. Kinkelin, Die gegenseitigen Hilfsgesellschaften der Schweiz, 1880, S. 42-52, u. 74.

[2] Siehe darüber Handwörterbuch der Staatswissenschaften, II. Auflage, Band I.

[3] Um die Versicherungsvorteile der großen Masse der arbeitenden Bevölkerung zugänglich zu machen, empfiehlt es sich, den Versicherungszwang zu proklamieren. «Für die gering gelohnten und

Ebenso unbefriedigend, wie die Einrichtungen der Krankenfürsorge, waren die für die Unfallfürsorge maßgebenden Haftpflichtgesetze.

Unter diesen Titel gehörten bereits vor Verabschiedung des Forrer'schen Gesetzes :

1. das Bundesgesetz betreffend die Haftpflicht von Eisenbahn- und Dampfschiffunternehmungen vom 1. Juli 1875 ;

2. das Gesetz betreffend die Haftpflicht aus dem Fabrikbetrieb vom 25. Juni 1881.

3. das Gesetz vom 26. April 1887, betreffend die Haftpflichtausdehnung auf eine Anzahl nicht unter dem Fabrikgesetz stehender Gewerbe, die explodierbare Stoffe erzeugen oder verwenden ; ferner, unter Voraussetzung der Beschäftigung von durchschnittlich mehr als fünf Personen : das Baugewerbe, die Fuhrhalterei, der Schiffsverkehr und die Flößerei ; die Aufstellung und Reparatur von Telephon- und Telegraphenleitungen, die Aufstellung und der Abbruch von Maschinen und die Ausführung von Installationen technischer Art ; der Eisenbahn-, Tunnel-, Straßen-, Brücken-, Wasser-

daher versicherungsbedürftigen Leute richtet sich der Minimalsatz des Lohnes zuletzt nach den absolut notwendigen Unterhaltskosten. Wenn nicht durch allgemeinen Zwang die Versicherungsprämie für jeden Arbeiter derselben Kategorie ein Element des notwendigen Lebensunterhalts wird, so kann von der oder für die Masse der kleinsten Leute die Versicherungslast aus dem Lohne und aus den Absatzpreisen nicht bestritten werden. Erst der Versicherungszwang und nur er verschafft durch die Rückwirkung auf die Lohnsätze, Produktionskosten und Preise allgemein das Mittel der Versicherung durch Selbstfürsorge. Er erzeugt die Versicherungsfähigkeit der versicherungsbedürftigen Volksschichten ; ohne Zwang kann nur die wohlgelohnte, aber kleine Elite der Arbeiterwelt in gegenseitiger Selbstfürsorge sich selbt helfen » (Schäffle. Der korporative Hilfskassenzwang, Seite 8). Und auch in solchen Fällen, wo die Möglichkeit Versicherungsbeitäge zu zahlen an sich vorhanden ist, entschließt sich der Arbeiter nicht leicht der Versicherung freiwillig beizutreten ; die momentane Belastung hält ihn öfters von einem Vorgehen ab, das sich in Notfällen tausendfach lohnen würde. Der Versicherungszwang ersetzt die mangelnde Initiative und beseitigt die üblen Folgen davon.

und Brunnenbau, die Erstellung von Leitungen, sowie die Ausbeutung von Bergwerken, Steinbrüchen und Gruben [1].

Diese drei Gesetze bestimmen die Haftpflicht des Unternehmers bei erfolgten Unfällen, sofern dieser nicht höhere Gewalt, Vergehen dritter, nicht zur Unternehmung gehörender Personen oder eigenes Verschulden des Verunglückten beweisen kann.

Was den Schadenersatz betrifft, so ist das erste Gesetz großzügiger aufgebaut als die beiden anderen. Es statuiert die Pflicht des Arbeitgebers, die Heilungskosten und den erlittenen Nachteil in Vermögenswerten zu ersetzen. Die Höhe der Ersatzsumme ist gerichtlich festzustellen, ohne daß der Richter an irgend welche Grenzen gebunden wäre. In den beiden anderen Gesetzen wurde dagegen eine Maximalgrenze der Entschädigung gezogen: auch hier ist der Arbeitgeber verpflichtet, die Heilungskosten zu ersetzen und den eingebüßten Grad der Erwerbsfähigkeit dem Verunglückten, respektive dessen Hinterlassenen zu entschädigen; aber die Entschädigungssumme, von Heilungs- und Bestattungskosten abgesehen, darf den sechsfachen Jahresverdienst, und jedenfalls 6,000 Fr. nicht übersteigen.

Wenn wir die obenerwähnten drei Haftpflichtgesetze mit der Haftpflichtgesetzgebung des Auslandes, speziell Deutschlands vergleichen, so überzeugen wir uns, daß ihnen wichtige Vorteile eigen sind; sie machen den Betriebsunternehmer grundsätzlich auch für den bloßen Zufall haftbar [2], übertragen ihm die Beweispflicht des Verschuldens des Angestellten, der im Betriebe nicht beschäftigten Drittpersonen oder der höheren Gewalt, und dehnen bei gesundheitsschädlichen Betrieben die Haftpflicht auch auf Berufskrankheiten aus; es sind nämlich laut Bundesgesetz über die Haftpflicht aus

[1] Die später neu hinzugetretenen Gesetze und Novellen werden wir in einem anderen Zusammenhange kennen lernen.

[2] Allerdings finden in der Regel bei Zufällen Abzüge von der Entschädigungssumme statt.

Fabrikbetrieb vom 25. Juni 1881, Gegenstand der Haftpflicht auch Erkrankungen in solchen Industrieen, welche gefährliche Krankheiten erzeugen, soweit die Erkrankung erwiesener maßen ausschließlich durch den Betrieb der Fabrik erfolgt ist. Das deutsche Haftpflichtgesetz vom 7. Juni 1871 [1] bezog sich auf Eisenbahnen, Bergwerke, Fabriken, Steinbrüche und Gräbereien. Mit Ausnahme von Eisenbahnbetrieben lag die Beweislast dem Kläger, also dem verunglückten Angestellten oder dessen Hinterlassenen ob. Er hatte das Verschulden des Betriebsinhabers, dessen Bevollmächtigten oder eines Aufsehers nachzuweisen; die durch Verschulden sonstiger Mitarbeiter herbeigeführten Unfälle waren nicht Gegenstand der Entschädigung; ebenso blieb der Zufall unberücksichtigt.

Trotz der angeführten Vorteile der schweizerischen Haftpflichtgesetze, waren sie nicht geeignet, eine völlig befriedigende Lösung der Unfallentschädigungsfrage zu schaffen; öfters unterließen es die Arbeitgeber, ihre Arbeiter kollektiv bei privaten Versicherungsgesellschaften gegen Unfallschäden zu versichern, und die verunglückten Arbeiter waren vielfach wegen finanzieller Leistungsunfähigkeit der Betriebsherren außer Stande, ihre gesetzlichen Ansprüche zur Geltung zu bringen. Und wo auch diese Gefahr nicht drohte, sei es daß der Betriebsherr seine Arbeiter versichert hatte oder über genügende Mittel zur Entschädigung ohne Versicherung verfügte, da trat oft eine andere Gefahr auf: das den Arbeitgeber entlastende « eigene Verschulden » des Angestellten führte zu langwierigen, kostspieligen Prozessen, es entstand eine richtige Prozessierungswut, welche die schon ohnedies scharf auseinandergehenden Klassengegensätze ins Ungesunde und Ungemessene steigerte.

Überblicken wir nun die geschilderten, vor der neueren Bundesgesetzgebung bestandenen Einrichtungen, so können

[1] Das angeführte Haftpflichtgesetz verlor mit Schaffung der obligatorischen Unfallversicherung seine Geltung

wir zusammenfassend sagen : die zahlreich zersplitterten, wenig soliden Hilfsvereine umfaßten nur einen Teil der arbeitenden Bevölkerung ; die kantonale Krankenversicherung tauchte nur hie und da auf und entbehrte eines einheitlichen Charakters ; die Bundesgesetzgebung war dürftig, und deren Kompetenzen eng begrenzt ; die Haftpflichtgesetzgebung endlich trug wenig zur Sicherung der Arbeiterschaft gegen Unfallfolgen bei ; es mußte noch etwas geschehen ; der Bund war es, welchem das Schweizervolk die reformierende Tätigkeit auf dem Gebiete der Kranken- und Unfallversicherung zuwies.

Im Jahre 1890 wurde in die Bundesverfassung ein neuer Artikel 34*bis* aufgenommen. Er lautet : « Der Bund wird auf dem Wege der Gesetzgebung die Kranken- und Unfallversicherung einrichten, unter Berücksichtigung der bestehenden Krankenkassen. Er kann den Beitritt allgemein oder für einzelne Bevölkerungsklassen für obligatorisch erklären. » [1]

Die Volksabstimmung ergab 283,228 befürwortende Stimmen gegen ca. 92,000 verwerfende, — also eine Mehrheit von 75 % !

Auf Grund dieses neuen Artikels der Bundesverfassung entstand ein Gesetzentwurf, welcher gewaltige Veränderungen in der bisherigen Organisation der Kranken- und Unfallversicherung mit sich bringen sollte.

Um die Vorteile der Arbeiterversicherung der gesamten Arbeiterschaft zugänglich zu machen, proklamierte er ein weitgehendes Obligatorium, welches nicht von einzelnen Kantonen, sondern vom Bunde ausging ; die Haftpflichtgesetzgebung ließ er fallen und ersetzte sie durch die unmittelbare Unfallversicherung.

[1] Am 20. März 1885 reichten Klein und Genossen dem Nationalrate eine Motion ein, man solle die Frage der Einführung einer obligatorischen Unfallversicherung erörtern. Aus Anlaß dieser Motion wurde eine dreijährige Unfallstatistik mit der Volkszählung verbunden. (1888-1891).

Dieser Entwurf, das sogen. Forrer'sche Gesetz vom Jahre 1899 kam auf folgende Weise zustande:

Nationalrat Forrer, welcher 1889 eine Denkschrift über die Kranken- und Unfallversicherung verfaßte, wurde beauftragt, einen Entwurf darüber vorzubereiten und dem Nationalrate zu unterbreiten. Die Forrer'schen Entwürfe wurden 1896 dem Nationalrat vom Bundesrat übermittelt. Nach wiederholten Beratungen in beiden Räten erfolgte die definitive Annahme des Entwurfs im Nationalrat am 2. Oktober und im Ständerat am 5. Oktober 1899. In beiden Kammern herrschte bei den Abstimmungen, — von wenigen Enthaltungen abgesehen — Einstimmigkeit. An dieser Stelle bringen wir den Inhalt des Gesetzes in seinen Grundzügen in Erinnerung.

I. Die Krankenversicherung. Alle unselbständig erwerbenden Personen in der Schweiz wurden vom zurückgelegten 14. Lebensjahre an der Versicherungspflicht unterworfen, sofern die Beschäftigung nicht auf einen Zeitraum von weniger als eine Woche beschränkt war und der Jahresgehalt nicht Fr. 5,000 überstieg. Durch kantonalen Beschluß sollte die Versicherungspflicht auch auf Taglöhner und selbständig erwerbende Hausindustrielle ausdehnbar sein.

Der freiwillige Beitritt zur Krankenversicherung wurde allen nicht versicherungspflichtigen gesunden Personen zwischen dem 14. und 45. Lebensjahre gestattet.

Es sollten drei Kassentypen fungieren: die Kreiskrankenkassen für Versicherungskreise von je wenigstens 2000 Einwohnern; die Betriebskassen für Betriebe von mindestens 100 Mitgliedern [1]; diese zwei Kassenarten sollten als öffentliche Kassen gelten; neben ihnen waren auch die eingeschriebenen freien Kassen als Träger der obligatorischen Versicherung vom Gesetzgeber zugelassen.

[1] Abgesehen von Fällen besonderer Betriebsgefahren konnte der Betriebsinhaber nicht verpflichtet werden, Betriebskassen zu gründen.

Die Leistungen öffentlicher Kassen sollten im folgenden bestehen: jede Kasse hatte ihrem vollversicherten Mitgliede im Laufe von höchstens einem Jahre seit Beginn der Krankheit Arzneien, ärztliche Behandlung sowie ein tägliches Krankengeld zu gewähren, welches sich in Fällen voller Erwerbsunfähigkeit auf 60 % des Tagesverdienstes belaufen sollte. Das Krankengeld sollte erst mit dem dritten Tage nach der Erkrankung beansprucht werden dürfen. Zwecks Ermittlung seiner Höhe, sollten die Tagesverdienste in zehn Klassen eingeteilt werden. (Die höchste Klasse betrug Fr. 7.50.) Die angeführten Leistungen bildeten die « Vollversicherung »; versicherungspflichtige Mitglieder durften nur vollversichert werden, während den freiwillig Versicherten zwischen Voll- und Halbversicherung die Wahl gelassen wurde. Die Halbversicherung bezog sich nur auf Naturalleistungen, ohne Krankengelder zu gewähren. Bei Todesfällen sollten die Kassen ein Sterbegeld von 20 bis 40 Fr. bezahlen.

Die Bundesversammlung sollte berechtigt sein, die Krankengelder allgemein bis auf 66 ⅔ % des Tagesverdienstes zu erhöhen.

Was die Kostendeckung betrifft, so sollte der Bund für jedes obligatorische und jedes schweizerische freiwillige Mitglied einen Rappen pro Tag der Mitgliedschaft bezahlen, die Bundesversammlung jedoch befugt sein, den « Bundesrappen » für die Landwirtschaft, das Handwerk und das Kleingewerbe zu verdoppeln. Den Rest der Kosten sollten die Arbeitgeber von obligatorisch Versicherten in monatlichen Raten vorauszahlen, jedoch das Recht haben, die Hälfte davon ihren Angestellten von den Löhnen und Gehältern abzuziehen. Die Prämienbeiträge, welche Arbeitgeber für sich und ihre Angestellten an die Kassen zu entrichten hätten, sollten 4 % des Lohnes nicht übersteigen. Freiwillig versicherte Mitglieder sollten selbst ihre Beiträge bezahlen müssen. Die Höhe dieser Beiträge war davon abhängig gemacht, ob sie « voll » oder nur « halb » versichert

waren. Für Defizite der Krankenkassen sollten die Kantone subsidiär haften, für diejenigen der Betriebskassen die Betriebsunternehmer.

Die eingeschriebenen freien Kassen sollten ihren der Versicherungspflicht unterstellten Mitgliedern wenigstens die gleichen Leistungen wie die öffentlichen Kassen gewähren oder aber ärztliche Behandlung, Arzneien und ein tägliches Krankengeld von wenigstens 1 Fr. In Bezug auf die Bundesbeiträge waren sie den öffentlichen Kassen gleichgestellt, d. h. sie sollten für jedes versicherungspflichtige und jedes freiwillige Mitglied schweizerischer Nationalität den « Bundesrappen » (beziehungsweise 2 Rappen) beanspruchen dürfen. Arbeitgeber von versicherungspflichtigen Personen sollten sich auch bei den freien Kassen mit einer Hälfte der Prämienbeiträge beteiligen.

II. Die Unfallversicherung. Der Versicherungspflicht waren dieselben Personen unterstellt, wie in der Krankenversicherung ; auch die nachträgliche fakultative Zwangsausdehnung auf selbständige Hausindustrielle und Taglöhner war zugelassen. Freiwillig sollten sich dagegen nur Arbeitgeber der obligatorisch Versicherten versichren dürfen, wenn sie gleichzeitig Mitglieder öffentlicher oder eingeschriebener Krankenkassen sind. Diese Bedingung wurde gestellt, um die Unfallversicherung mit der Krankenversicherung zweckmäßig verbinden zu können.

Der Gesetzgeber hatte für die obligatorisch Versicherten eine einzige zentrale Unfallversicherungsanstalt bestimmt, zu deren Leitung ein eidgenössisches Versicherungsamt berufen sein sollte. Ihm zur Seite sollte als beratendes Organ der Versicherungsrat stehen und dieser Rat aus 9–15 vom Bundesrate ernannten Mitgliedern bestehen ; unter anderen sollten auch Vertreter von Arbeitgebern und Versicherten in ihm vertreten sein. Zur Mitverwaltung sollten auch von der Bundesversammlung Berufsverbände mit paritätischer Vertretung berufen werden können.

Nebst der Versicherungsanstalt sollte noch ein eidgenössisches, neu zu schaffendes Institut fungieren — das Bundesversicherungsgericht. Es sollte in allen aus der Unfallversicherung entstehenden Streitigkeiten erst- und letztinstanzlich entscheiden.

Den Leistungen der Versicherungsanstalt sollte eine sechswöchentliche Behandlung durch Krankenkassen vorangehen. Auch nach Ablauf der ersten sechs Wochen sollte der vom Unfall Betroffene zunächst einen Anspruch auf unentgeltliche Krankenpflege und Krankengeld haben; dabei sollten Krankenpflege und Krankengeld denjenigen Leistungen gleichkommen, welche die öffentliche Krankenkasse, zu der der Versicherte gehörte oder an und für sich gehören würde, gewährte. Erst nachdem ein dauernder körperlicher Nachteil konstatiert worden wäre, sollte die Anstalt mit ihren eigentlichen Leistungen, nämlich mit den Invalidenrenten eingreifen. Die Invalidenrente des Forrer'schen Gesetzes war auf 60 % des entgehenden Jahresverdienstes festgetzt. Auch die Invalidenrenten sollten gleich dem Krankengelde von der Bundesversammlung auf 66 ⅔ % des entgehenden Verdienstes erhöht werden können. Bei Todesfällen sollten Hinterbliebenenrenten gewährt werden, und zwar in folgenden Beträgen:

30 % des Jahresverdienstes für Witwen;
20 % » » » erwerbsunfähige Witwer;
15 % » » » Waisen bis zum 16. Lebensj.
25 % » » » Vollwaisen b. z. 16. Lebensj.;
20 % » » » alle übrigen Verwandten aufsteigender Linie und Geschwister zusammen.

Der Gesamtbetrag der Hinterbliebenenrenten sollte 50 % des Jahresverdienstes nicht übersteigen. Die Anstalt sollte auch ein Sterbegeld von 20–40 Fr. gewähren.

Das Gesetz schrieb die Versicherung sowohl gegen Betriebs- wie Nichtbetriebsunfälle vor. Die Berufskrank-

heiten dagegen gehörten nicht unter den Titel der Unfallversicherung; sie sollten in einer Reihe mit gewöhnlichen Erkrankungen Gegenstand der Krankenversicherung bleiben.

An der Bestreitung der Ausgaben des Unfallversicherungsgeschäfts sollten sich wiederum drei Parteien beteiligen: der Bund, Arbeitgeber und Versicherte. Der Bund sollte $^1/_5$ der Gesamtprämie aufbringen, sowie die Kosten der Errichtung und Verwaltung der Versicherungsanstalt auf sich nehmen. Die übrigen $^4/_5$ der Prämie, die sogen. ‚Restprämie' sollten die Arbeitgeber bezahlen, jedoch $^1/_4$ davon ihren Angestellten von den Gehältern und Löhnen abziehen dürfen. Die einzelnen Prämien sollten nach dem Grade der Unfallgefahr und nach der Höhe der Löhne bemessen werden.

Mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes sollten die an anderer Stelle angeführten Haftpflichtgesetze außer Kraft treten. Nur Art. 3 des Fabrikhaftpflichtgesetzes sollte zu Gunsten der Berufskranken bestehen bleiben. (Siehe S. 9.)

Nachdem der Forrer'sche Gesetzentwurf mit Einschluß der Militärversicherung in der geschilderten Fassung von beiden eidgenössischen Räten 1899 angenommen worden war, entfaltete sich bald eine energische Agitation in Presse und Versammlungen zu Gunsten eines Referendums. Die in Bern und Zürich gegründeten zwei Referendumskomitees sammelten in kurzer Frist 118,000 Unterschriften. Am 20. Mai 1900 erfolgte die Volksabstimmung, durch die das Gesetz mit entschiedener Mehrheit von 341,914 Stimmen gegen 148,035 verworfen wurde. Wenn man dieses Resultat mit demjenigen des Jahres 1890 über Art. 34*bis* der Bundesverfassung vergleicht, wenn man die in den Räten bei Verabschiedung des Gesetzes herrschende Einstimmigkeit in Rücksicht zieht [1], so hat man zunächst den Eindruck, als ob ein Irrtum, ein Mißverständnis vorliege. Dieser Eindruck

[1] Das Gesetz wurde im Nationalrate mit 113 Stimmen gegen 1, bei 12 Enthaltungen, im Ständerate einstimmig angenommen.

verliert sich aber, wenn man die Verwerfungsgründe, mögen sie gerecht oder ungerecht gewesen sein, analysiert; die wichtigsten von ihnen wollen wir an dieser Stelle auseinandersetzen.

Mit der Ausdehnung der Versicherungspflicht ging das Gesetz entschieden zu weit. Es statuierte einen Versicherungszwang für alle unselbständig Erwerbenden, deren Einkommen Fr. 5,000 nicht übersteigt. In keinem anderen Lande mit obligatorischer Kranken- und Unfallversicherung ist der Kreis versicherungspflichtiger Personen so weit gezogen worden. Die Krankenversicherungspflicht umfaßt heute in Deutschland alle Arbeiter und Betriebsbeamten, letztere bei einem Einkommen von unter 2000 Mark, « in gewerblichen und Geschäftsbetrieben (also in Bergwerken, Salinen, Aufbereitungsanstalten, Steinbrüchen, Gruben, Fabriken, Hüttenwerken, Eisenbahnen, Binnenschiffahrtsbetrieben, Werften, Hoch- und Tiefbauten, Handwerks- und Handelsbetrieben, in den Geschäftsbetrieben der liberalen Berufe), ferner die im gesamten Betriebe der staatlichen Post-, Telegraphen- und Telephonverwaltung, ferner im technischen Betriebe der Marine- und Heeresverwaltung beschäftigten Personen.[1] » Zur Versicherungspflicht können durch Ortsstatut der Gemeinden oder durch Beschluß des Bundesrats die Hausindustriellen, Tagelöhner (im Sinne des Forrer'schen Gesetzes), im kommunalen Dienst und kommunalen Betrieb stehende Personen, sowie land- und forstwirtschaftliche Arbeiter und Betriebsbeamte, letztere auch durch Landesgesetz herangezogen werden. Charakteristisch ist, daß man die Land- und Forstwirtschaft durch Reichsgesetz nicht vom Anfang an für versicherungspflichtig erklären wollte, sondern es nachträglichen Bundesratsbeschlüssen, Landesgesetzen und besonders den Ortsstatuten überließ, die Frage der landwirtschaftlichen Versicherungspflicht zu regeln. Die Gemeinden

[1] Philippovich. Grundriß der politischen Ökonomie. Tübingen 1907, II, 2, S. 250.

sind am besten geeignet, den lokalen Verhältnissen und Bedürfnissen Rechnung zu tragen. Würde man im Forrer'schen Gesetze die Land- und Forstwirtschaft nicht ohne weiteres für versicherungspflichtig erklärt haben, sondern die kantonale Gesetzgebung, wie es für Hausindustrielle und Tagelöhner geschah, ermächtigt haben, über deren Versicherungspflicht zu bestimmen, so wäre der seitens der landwirtschaftlichen Kreise erhobene Widerstand sicher nicht so heftig gewesen.

Es wurde aber schon vom Bundesgesetzgeber das entscheidende Wort ausgesprochen und dagegen sträubten sich die Landwirte ; sie beriefen sich auf ihre finanzielle Not und das enge patriarchalische Band zwischen Arbeitgebern und Arbeitern, welches auf eigene Art für Krankheitsfolgen genügende Sorge trage und ein Eingreifen des Staates keineswegs rechtfertige. Dieselben Einwendungen erhoben das Handwerk und Kleingewerbe. In Österreich sind die land- und forstwirtschaftlichen Angestellten (abgesehen von Motorbetrieben) von der Versicherungspflicht frei. Der Umkreis der versicherungspflichtigen Personen ist noch enger wie in Deutschland gezogen. [1] Dagegen gibt es in Österreich keine Einkommenshöchstgrenze für versicherungspflichtige Betriebsbeamte.

Auch mit der Unfallversicherungspflicht ging der Gesetzgeber zu weit. In Deutschland sind unfallversicherungspflichtig : Arbeiter und Betriebsbeamte, letztere wenn ihr Einkommen 3000 M. nicht übersteigt, in erster Linie in den großen Gewerben (wie z. B. in Bergwerken, Salinen, Fabriken und gewerblichen Brauereien, Transportunternehmungen, usw.), im Baugewerbe, in der Land- und Forstwirtschaft, sowie in einzelnen kleineren Gewerben, welche, wie z. B. bei den Schornsteinfegern, Schlossern, Schmieden und Fenster-

[1] Näheres darüber, sowie über die Krankenversicherungspflicht in Ungarn und Luxemburg, s. Handwörterbuch der Staatswissenschaften (‚Arbeiterversicherung', ‚Krankenversicherung').

putzern, mit größeren Gefahren verbunden sind.[1] Bemerkenswert ist, daß im Prinzip das kleine Gewerbe und Handwerk von der Unfallversicherungspflicht frei geblieben sind und daß die Land- und Forstwirtschaft erst nachträglich für versicherungspflichtig erklärt wurde. In Österreich sind das Handwerk, die meisten kleineren Gewerbe, sowie die Land- und Forstwirtschaft von der Versicherungspflicht frei. Das Forrer'sche Gesetz bezog neben den großen Gewerben auch alle kleineren in die Unfallversicherung ein; dies war aber unvorsichtig und unzweckmäßig, weil man die Versicherungspflicht nur da anzuwenden hat, wo ein besonderes Bedürfnis danach vorhanden ist, in unserem Falle also, wo besondere Unfallgefahren bestehen; das war aber im großen und ganzen keineswegs der Fall beim Handwerk und Kleingewerbe, auch nicht dermaßen bei der Land- und Forstwirtschaft. Zu berücksichtigen ist ferner, daß alle diese kleineren Unternehmer den größeren Teil der Prämien nämlich $^3/_5$ zu tragen gehabt hätten.

Neben der Landwirtschaft, dem Handwerke und dem Kleingewerbe, welche sich gegen das Prinzip des Forrer'schen Gesetzes, nämlich die Ausdehnung des Obligatoriums auf alle unselbständig Erwerbenden, erhoben, waren es auch die freien Kassen, welche mit der Einführung des Versicherungszwanges unzufrieden waren; sie konnten allerdings nicht so sehr gegen das Zwangsprinzip kämpfen, da sie als Träger der obligatorischen Versicherung vom Gesetze zugelassen wurden; bekanntlich kam ihnen der Gesetzgeber weit entgegen, indem er den eingeschriebenen Krankenkassen gestattete, neben den Naturalleistungen nur noch ein Krankengeld von 1 Fr. täglich zu gewähren. Dieses reduzierte Krankengeld wurde besonders mit Rücksicht auf die zahl-

[1] Die angeführten Betriebsarten erschöpfen nicht den Kreis versicherungspflichtiger Unternehmungen. Näheres darüber im Handwörterbuch der Staatswissenschaften ‚Arbeiterversicherung' und ‚Unfallversicherung'.

reichen Kassen der romanischen Schweiz statuiert ; man wollte ihnen nicht nur eine Existenzberechtigung zuerkennen, sondern auch mit Hilfe des Bundesbeitrags die Existenz selbst erleichtern ; trotz all dieser Bemühungen des Gesetzgebers, die freien Kassen auf seine Seite zu ziehen, gelang es ihm nicht. Viele von ihnen standen auf schwachem finanziellen Boden und fürchteten, den Anforderungen des Gesetzes nicht nachkommen zu können, was für sie den Verzicht auf Bundesbeiträge, Verlust von versicherungspflichtigen Mitgliedern und eine gefährliche Verminderung ihrer Mitgliederzahl bedeutet hätte. Aber auch wo die Gefahr der Nichtanerkennung nicht bestände, würden — glaubte man — die neu kreierten öffentlichen Kassen gegenüber den freien Kassen zu gefährlichen Konkurrenten emporwachsen.

Es war im Gesetze auch eine Bestimmung enthalten, welche bei Vertretern freier Kassen, besonders auf katholischer [1] und sozialistischer Seite, große Unzufriedenheit erweckte. Bekanntlich lag, laut Gesetz, den Arbeitgebern die Beitragspflicht ob, auch wenn ihre Angestellten in eingeschriebenen freien Kassen versichert waren. Man sah aber ein, daß es ungerecht wäre, den Arbeitgeber auch in solchen Fällen zur Beitragsentrichtung an die freie Kasse zu verpflichten, wo er eine eigene Betriebskasse unterhielt und noch für deren Defizitdeckung zu sorgen hatte. Die freien Kassen sind in der Wahl ihrer Mitglieder frei ; sie würden vorwiegend junge, gesunde Elemente in ihre Reihen aufnehmen, während schwächere, ältere Elemente der Betriebskasse anheimgefallen wären. Um diese Ungleichheit zu mildern — denn ganz läßt sie sich nicht beseitigen — bestimmte der Gesetzgeber, daß der Arbeitgeber von der Beitragspflicht

[1] Von großer Bedeutung für die Katholiken war die Schrift vom Bischof von St. Gallen, Mgr. Egger, welcher das Forrer'sche Gesetz warm befürwortete, indem er darin, durch Zusammenwirken von Arbeitgebern und Arbeitern, ein ersprießliches Versöhnungsmittel ersah.

an freie Kassen befreit sein würde, wenn er eine Betriebskasse unterhielte. In dieser Bestimmung erblickten die freien Kassen eine Beeinträchtigung ihrer Interessen zu gunsten der Betriebskassen. Eine analoge Bestimmung fehlt in der deutschen Krankenversicherung; nichts destoweniger ist sie m. E. prinzipiell zu befürworten, besonders wenn man noch ins Auge faßt, daß unter Umständen die Arbeitgeber direkt zur Gründung von Betriebskassen angehalten werden konnten. [1] Nicht nur die freien Kassen, sondern auch die innerhalb und außerhalb derselben stehende Arbeiterschaft erhob Widerspruch gegen jene Bestimmung. Die Arbeiterschaft hatte überhaupt gegenüber den Betriebskassen eine ablehnende Stellung eingenommen und sah in deren Bestehen eine Gefährdung der Arbeiterinteressen: die Betriebskassen bedeuten von ihrem Standpunkte aus eine Schließung der Arbeiterschaft innerhalb der Unternehmung und Bindung derselben an den Willen des Betriebsherrn. Schon früh, noch bevor das Gesetz reif war, entwickelte sich im Schoße der Arbeiterschaft eine Bewegung, welche darauf abzielte, die Teilnahme der Arbeitgeber an der Kassenverwaltung überhaupt auszuschließen und deren Einfluß auf dem Gebiete der Krankenversicherung über Bord zu werfen. Die Verwaltung der Kreiskrankenkassen sollte laut Gesetz eine getrennte sein; die wichtigsten Beschlüsse, wie z. B. Festsetzung der Prämienbeiträge und Änderungen des Statuts sollten in zwei getrennten Generalversammlungen — Versammlung der obligatorisch und freiwillig Versicherten einerseits, Versammlung der beitragspflichtigen Arbeitgeber anderseits — gefaßt werden. Dadurch gewannen die Arbeitgeber einen unmittelbaren Einfluß auf den Geschäftsgang und die Verwaltung der Kassen. Auch eine gemeinsame Verwaltung war vom Gesetzgeber vorgesehen, jedoch von einem vorherigen getrennt gefaßten $^3/_1$ Mehrheitsbeschluß beider

[1] Siehe Anmerkung S. 12.

Versammlungen abhängig gemacht. Die Vorstandsmitglieder sollten nur von der Generalversammlung der Versicherten aus ihren Reihen gewählt werden. In den Betriebskassen war es der Betriebsherr, welcher die Versammlung der Arbeitgeber ersetzte. Um die Mitverwaltung der Arbeitgeber auszuschalten, wurde seitens der Arbeiter vorgeschlagen, die Krankengelder ausschließlich durch Arbeiterbeiträge aufzubringen ; während sich die Krankenkassen nur mit Krankengeldversicherung zu befassen hätten, sollte der Staat, laut Vorschlag der Arbeiterschaft, die unentgeltliche Krankenpflege übernehmen. Zur Aufbringung der dazu erforderlichen Mittel sollte vom Staate eine neue Einnahmequelle durch Einführung des Tabakmonopols geschaffen werden. Inzwischen aber stieß der vielbesprochene Monopolgedanke auf mehrseitigen heftigen Widerspruch und der Wunsch der Arbeiterschaft blieb unberücksichtigt.

Als weiterer Grund des Unwillens, welcher sich gegen das Gesetz in Arbeiterkreisen bemerkbar machte, sind die 60 % Invalidenrente anzuführen. Viele Arbeiter fühlten sich in ihren bisherigen, aus der Haftpflicht fließenden Entschädigungsansprüchen verkürzt. Ohne die bereits erwähnten allgemeinen Nachteile des Haftpflichtsystems nochmals zu wiederholen (s. S. 10), ist speziell mit Rücksicht auf die Entschädigungsansprüche folgendes zu bemerken : 1. nur das Haftpflichtgesetz vom 1. Juli 1875, betreffend die Haftpflicht von Eisenbahn- und Dampfschiffunternehmungen kennt keine Maximalgrenze der Entschädigung, während die zwei anderen (vom 25. Juni 1881 und 26. April 1887) an einen Höchstbetrag, — nämlich den sechsfachen Jahresverdienst, und nicht über 6000 Fr. — gebunden sind. 2. Diese Haftpflichtsysteme sehen eine Kapitalabfindung als Regel vor, was für den Empfänger der Entschädigungssumme manchmal sehr verhängnisvoll sein kann. [1] (Siehe S. 104.)

[1] Die meisten westeuropäischen Haftpflichtgesetze wenden das Rentensystem an : z. B. in Belgien, Frankreich und Großbritannien.

3. Wenn auch innerhalb der erwähnten Beschränkungen die gegenwärtigen Haftpflichtgesetze im Prinzipe den vollen Schadensersatz für Unfälle vorsehen, so ist es doch selten der Fall, daß die gewährten Entschädigungen 100 % des Schadens erreichen. Es werden vielfach vom Richter, welcher die Höhe der Entschädigungen festzustellen hat, kleinere oder größere Kürzungen wegen Selbst- oder Mitverschulden, sogar leichterer Art, Zufall, Drittverschulden usw. [1] — vorgenommen. « Nach der amtlichen Sammlung der Entscheidungen des Bundesgerichts haben wir feststellen können — teilt der Bundesrat mit — daß auf 51 Entscheidungen über die Anwendung der Gesetze von 1881 und 1887 auf Unfälle mit Invalidität der Entschädigungssatz durchschnittlich nur 43 % des Schadens beträgt. » [2] 4. Was schließlich die gesetzlich vorgeschriebene Invalidenrente von 60 % des entgehenden Jahresverdienstes betrifft, so ist zu bemerken, daß mit Rücksicht auf die Simulationsgefahr, in keinem Lande die Renten 100 % erreichen ; sie schwanken zwischen 50 und 70 %. In Deutschland beträgt die Rente bei völliger Erwerbsunfähigkeit 66 $^2/_3$ % des Jahresverdienstes ; bei teilweiser Erwerbsunfähigkeit richtet sich die Rente nach dem durch den Unfall verursachten Verlust an Erwerbsfähigkeit. In Österreich erhält der vom Unfall Betroffene eine Rente, welche bei völliger Erwerbsunfähigkeit eine Maximalgrenze von 60 % des Jahresverdienstes erreicht. In Italien bestimmt das Unfallversicherungsgesetz eine Kapitalentschädigung, welche jedoch regelmäßig in Leibrenten umzuwandeln ist. Diese Entschädigung beträgt bei völliger Erwerbsunfähigkeit den sechsfachen Betrag des Jahreslohnes (weder weniger als 3,000 L. noch mehr als 12,000 L.) ; bei teilweiser Erwerbsunfähigkeit beträgt sie den sechsfachen Betrag des eingebüßten Jahreslohnes (mit einer Untergrenze von 500 L.). In den Niederlanden wird eine Rente bis auf 70 % des Jahres-

[1] Botschaft des Bundesrats, S. 103.
[2] Ebenda, S. 103.

verdienstes gewährt. In Norwegen beträgt die Rente im Falle vollständiger Invalidität 60 % des Jahresverdienstes und wird in Form einer jährlichen Unterstützung (jedoch nicht unter 150 Kr.) entrichtet.[1] Das französische Haftpflichtgesetz vom 9. April 1898 schreibt eine Invalidenrente von 66 $^2/_3$ % bei völliger Erwerbsunfähigkeit vor; bei teilweiser Erwerbsunfähigkeit beträgt die Rente 50 % der durch den Unfall bedingten Lohnminderung. Das englische Haftpflichtgesetz vom 24. Dezember 1906, welches für entschädigungsberechtigt jeden für einen anderen arbeitenden[2] erklärte, statuierte eine wöchentliche Rente, welche je nach dem Grade der Erwerbsunfähigkeit variert und bei völliger Erwerbsunfähigkeit 50 % des Lohnes beträgt.[3] Das Forrer'sche Gesetz bedeutete also in Bezug auf die Rentenhöhe keine Ausnahme; es hielt sich in den Bahnen, welche andere Länder vorher und nachher eingeschlagen haben. Übrigens gestattete es in Fällen gänzlicher Hilflosigkeit und gleichzeitiger Not 100-prozentige Vollrenten zu gewähren.

Mit Recht wurden dagegen Einwände gegen die Organisation der Unfallversicherungsanstalt erhoben. Vielerorts wurde der Vorwurf laut, mit der Gründung der geplanten zentralen Anstalt rufe man einen schwerfälligen, bureaukratischen Mechanismus ins Leben. In der Tat würde die Anstalt erheblich an Elastizität gewinnen, wenn dem Versicherungsrat, in welchem auch Vertreter der interessierten Kreise beteiligt sein sollten, eine unmittelbare Mitverwaltung zugewiesen worden wäre. Laut Gesetz hatte aber der Versicherungsrat nur über Rekurse betreffend Einschätzung

[1] Die obligatorische Unfallversicherung besteht noch in Finland und Luxemburg. (S. Handwörterbuch der Staatswissenschaften ‚Arbeiterversicherung'.)

[2] Das englische Haftpflichtgesetz entspricht seinem Umfange nach dem Forrer'schen Gesetze; aber es ist kein Versicherungsgesetz, es kennt kein Obligatorium!

[3] Über die übrigen Haftpflichtgesetze s. Handwörterbuch der Staatswissenschaften ‚Arbeiterversicherung'.

des Versicherten zu entscheiden; bei allen anderen wichtigeren Verwaltungsangelegenheiten sollte er nur als beratendes Organ fungieren. Diesen Mangel des Forrer'schen Gesetzes beseitigt die neue Vorlage. [1]

Eines erwähnen wir noch an dieser Stelle, worauf bei Verhandlungen über die neue Vorlage immer wieder verwiesen wurde. Bei der Volksabstimmung über das Forrer'sche Gesetz wirkte als eines der Verwerfungsmotive die Befürchtung mit, die Annahme dieses Gesetzes könne zu einer ernstlichen Gefährdung der Bundesfinanzen führen. Es war allerdings unmöglich, den Bundesbeitrag im Voraus genau zu berechnen, schon der freiwilligen Versicherung wegen. Es wurde für ungefähr 600,000 obligatorisch gegen Krankheit und Unfall Versicherte, 300,000 gegen Krankheit allein freiwillig Versicherte, sowie für 100,000 gegen Krankheit und Unfall freiwillig Versicherte eine Gesamtsumme der Bundesbeiträge von Fr. 7,545,000 [2] in Anschlag gebracht. Diese Summe ist tatsächlich für die damaligen Verhältnisse, mit Rücksicht auf die Bundesfinanzen zu hoch gewesen. Auch das neue Projekt bringt eine Belastung des Bundes von ungefähr 8 Millionen mit sich, aber diesmal respektiert es die verfügbaren Mittel und geht nicht über die von der Bundesfinanzbehörde angebotene Summe hinaus, [3] während das Forrer'sche Gesetz in seiner endgültigen Fassung für die Bundesfinanzen eine Mehrbelastung von etwa 2 Millionen gegenüber den ursprünglichen bundesrätlichen Anschlägen gebracht hätte. [4]

Dies sind die wichtigsten Verwerfungsgründe gewesen. [5]

[1] S. S. 77.

[2] Botschaft des Bundesrats S. 8.

[3] S. S. 117.

[4] Zacher, Die Arbeiterversicherung in der Schweiz. Berlin 1889, S. 35 ff., S. 24.

[5] Sie schematisch zusammengefaßt zu haben, verdanken wir zum großen Teile dem Referate Edmung v. Steigers. (Internationaler Arbeiterversicherungskongreß, Wien 1906.)

Durch Urteilsspruch des souveränen Volkes wurde eine langjährige gesetzgeberische Tätigkeit zunichte gemacht und Art. 34*bis* der Bundesverfassung blieb unverwirklicht. Es blieben auch damit die vorherigen Zustände in unveränderter Form bestehen.

Bald nach der Volksabstimmung entwickelte sich in Presse und Versammlungen eine rege Diskussion darüber, auf welche Weise Art. 34*bis* der Verfassung in Tat umzusetzen sei. Um etwa kurz die gestellten Forderungen und vorgeschlagenen Wege zusammenzufassen, führen wir an dieser Stelle folgendes an: Ein staatlicher Zwang — meinte man — sei so weit wie möglich zu vermeiden; er abstrahiere von den konkret ausgestalteten Verhältnissen und arte öfters ins buraukratische aus. Möge die Krankenversicherung den Hilfsvereinen vorbehalten bleiben; die auf Gegenseitigkeit aufgebauten freien Kassen hätten sich in der Schweiz vorzüglich eingelebt; sie seien auch dem demokratischen Geist der Republik am besten angepaßt. Es wäre als Aufgabe des Staates eine ganz allgemeine Subventionierung und Förderung des Krankenkassenwesens zu bezeichnen.[1] Neben dem Subventionsgedanken tauchte auch die Greulich'sche Initiative bezüglich der unentgeltlichen Krankenpflege durch die Eidgenossenschaft hie und da auf. So wurde unter anderen dem Bundesrate am 1. Juni 1900 durch Herrn Staatsschreiber Stüssi in Zürich eine Denkschrift eingereicht, in der der Verfasser vorschlug, der Bund solle jedem Kanton auf je 2000 Einwohner Fr. 5000 per Jahr ausrichten, sofern der Kanton die Verpflichtung übernehme, allen seinen Einwohnern unentgeltliche Arznei und ärztliche Behandlung zur Verfügung zu stellen.

Was die Unfallversicherung betrifft, gingen die Meinungen auseinander; man war nur darin einig, daß das

[1] Jules Repond, La loi fédérale usw. (s. Literaturverzeichnis, sowie zahlreiche Resolutionen und Eingaben. Botschaft des Bundesrats, S. 9 ff.)

Forrer'sche Gesetz zu weit gegangen war, indem es die Versicherungspflicht auf alle unselbständig Erwerbenden ausdehnte. Die einen meinten dabei, man könne sich mit dem bisherigen Haftpflichtsysteme versöhnen. Man solle also den Arbeitgebern gegenüber keinen Zwang ausüben, auch nicht in Bezug auf eine Kollektivversicherung ihrer Arbeiter bei Unfallversicherungsgesellschaften. Dabei würde, meint Repond in der unten genannten Schrift, die Bildung eines « Insolvabilitätsfondes » nach französischem Muster von großem Nutzen sein. [1] Der im September 1901 abgehaltene Juristentag, sowie der Arbeitertag vom 31. März 1902 in Bern, forderten eine Erweiterung der Haftpflicht über die von ihr bisher getroffenen Betriebe hinaus ; um den Haftpflichtgesetzen jedoch zur wirklichen Geltung zu verhelfen, ersahen sie den richtigen Weg in der Anhaltung der Arbeitgeber zur Vornahme einer Kollektivversicherung ihrer Angestellten. Andere schlugen wiederum eine Versicherungspflicht vor, aber weitaus nicht in demselben Umfange, wie es die lex Forrer bestimmt hatte. Der Zwang sei auf Betriebe auszudehnen, die bis jetzt den Haftpflichtgesetzen unterstellt waren. Günstig für den Obligatoriumsgedanken lautete auch das Urteil der Fabrikinspektoren, die in der « allgemeinen, obligatorischen, staatlichen Unfallversicherung » die einzige Lösung der Frage sahen. [2] Auch der schweizerische Gewerbeverein, also eine Vertretung von Arbeitgebern, forderte die möglichst schnelle Einführung der obligatorischen Unfallversicherung.

Im Schoße der Bundesversammlung begann man ebenso sich wieder mit der Versicherungsfrage zu beschäftigen. So wurde z. B. im Jahre 1904, am 22. Dezember, im Nationalrate eine Motion eingebracht (Motion Bucher), die den

[1] Dieser Fond wird durch einen 4 % Zuschlag zur Gewerbesteuer gebildet und verfolgt den Zweck, der aus der Haftpflicht berechtigten Person ihre Ansprüche staatlich zu garantieren.

[2] Bericht der eidgenössischen Fabrikinspektoren v. 5. März 1903.

Bundesrat zur Wiederaufnahme der Versicherungsgesetzgebung und zur Prüfung aufforderte, ob nicht ein ständiger Ausgabeposten zur Bildung eines Versicherungsfondes eingestellt werden könne. Dieser Motion gingen einige ähnliche voran.

Im Bundesrate hatte sich inzwischen eine aus drei Mitgliedern bestehende Delegation gebildet, die sich mit der Versicherungsgesetzgebung speziell zu befassen hatte. Auf Grund von zwei Vorentwürfen, welche Dr. Ceresole, Jurist des Industriedepartements, verfaßte, wurde der bundesrätliche Entwurf fertiggestellt. Bald darauf unterbreitete der Bundesrat, am 10. Dezember 1906, dem Nationalrate eine Botschaft. Der Nationalrat beriet den bundesrätlichen Entwurf in den Frühjahrs- und Herbstsitzungen des Jahres 1908. Erst viel später, im Dezember 1909 und April 1910, wurde die erste Lesung des Entwurfs im Ständerate erledigt. Die zwischen beiden Räten entstandenen Divergenzen wurden in den späteren Lesungen (Nationalrat: 27. Oktober bis 1. November 1910, 4. April 1911; Ständerat: 30.–31. März, 5. April 1911) vollständig beseitigt, so daß man schon am 13. Juni dieses Jahres zur Schlußabstimmung schreiten konnte. Der Nationalrat nahm das Gesetz mit 136 gegen 12, der Ständerat mit 41 Stimmen einstimmig an. [1]

[1] Der in weiteren Abschnitten dieser Arbeit zitierte Wortlaut des Gesetzes wurde nachträglich von der Redaktionskommission umgearbeitet, so daß er nur inhaltlich, nicht aber auch redaktionell der endgültigen Fassung des Gesetzes entspricht.

II.

Das Kranken- und Unfallversicherungsgesetz vom 13. Juni 1911.

1. Die Krankenversicherung.

* * *

A. Subventionsprinzip. Anerkannte Krankenkassen und kantonaler Versicherungszwang.

B. Subventionsbedingungen. (« Geschlossene » Kassen. Gleichstellung der Geschlechter. Versicherungsleistungen. Ärztliche- und Apothekenfrage. Freizügigkeitsprinzip.) Rechtscharakter der anerkannten Krankenkassen. Die Rechtspflege. Entzug und Erneuerung der Anerkennung.

C. Aufbringung der Mittel. (Arbeitgeberbeiträge beim kantonalen respektive Gemeindeversicherungszwang. Bundesbeiträge.)

A. Subventionsprinzip. Anerkannte Krankenkassen und kantonaler, respektive Gemeindeversicherungszwang.

Das Grundprinzip der zukünftigen Krankenversicherungsorganisation wird im ersten einleitenden Artikel der neuen Vorlage ausgesprochen. Der Gesetzgeber sieht von einer Einführung des Obligatoriums von Bundeswegen ab und richtet seine Bestrebungen nach einer Ausdehnung und Anspornung der freiwilligen Versicherung hin; dazu bedient er sich der bestehenden oder neu zu begründenden Kassen, indem er sie subventioniert. Die Beiträge des Bundes werden jedoch nur solchen Kassen gewährt, die sich unter die Vorschriften dieses Gesetzes fügen, d. h. unter anderem auch ein gewisses Minimum von Leistungen ihren Mitgliedern gewähren und sich der Bundesaufsicht unterstellen. Die Bundesaufsicht empfiehlt sich wegen der im vorigen Kapitel geschilderten Schwächen des wirtschaftlich-technischen Baues der bestehenden schweizerischen Krankenkassen. Zur Illustrierung der in dieser Hinsicht traurigen Verhältnisse sei folgendes aufgeführt. Im Laufe von dreiundzwanzig

Jahren (1880–1903) haben sich 31 % der vor 1880 bestandenen Kassen aufgelöst, was zum Teil, und wohl nicht zum geringeren auf unsolide wirtschaftliche Basis zurückzuführen ist. [1]

Durch Bundesaufsicht sucht der Gesetzgeber eine Sanierung zu bewirken. Weisen die Kassen eine recht dürftige wirtschaftliche Basis auf, so wird ihnen die Subvention nicht gewährt, respective nachträglich entzogen. Ist aber damit die Notwendigkeit einer Bundesaufsicht begründet, so muß darüber im Gesetze eine ausdrückliche Bestimmung enthalten sein, denn Art. 34, Abschn. 2, der Verfassung statuiert zwar die Bundesaufsicht über « den Geschäftsbetrieb von Privatunternehmungen im Gebiete des Versicherungswesens »; aber das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom Jahre 1885 befreite « Vereine mit örtlich beschränktem Geschäftsbetriebe » von dieser Aufsicht und räumte damit den Kantonen ein Aufsichtsrecht über derartige örtlich beschränkte Krankenkassen, Sterbevereine usw. ein. Leider geschah seitens der Kantone in dieser Beziehung nur recht wenig, und sie werden deshalb durch Bundesaufsichtsorgane ersetzt.

Ist das in Art. 1 des Gesetzes ausgesprochene Prinzip der Subventionierung, Förderung und Beaufsichtigung der freiwilligen Krankenversicherung im Einklange mit dem öfters erwähnten Art. 34*bis* der Bundesverfassung ? « Der Bund wird auf dem Wege der Gesetzgebung die Kranken- und Unfallversicherung einrichten, unter Berücksichtigung der bestehenden Krankenkassen. Er kann den Beitritt allgemein oder für einzelne Bevölkerungsklassen obligatorisch erklären. » Die Antwort ist entschieden eine bejahende. Der Bund kann das Obligatorium proklamieren, braucht es aber nicht zu tun. Einen Widerspruch ersahen manche auch darin, daß durch das neue Gesetz der Gesetzgeber nur « fördernd » eingreife und auf dem bisherigen Boden im wesentlichen ver-

[1] Botschaft des Bundesrats S. 31.

bleibe, während Art. 34*bis* der Bundesverfassung doch von einer « Einrichtung » der Krankenversicherung spricht.

Das Wort « Einrichtung » ist jedoch nicht mit « Einführung » zu verwechseln ; es ist ein weiterer Begriff und kann auch « Organisierung » bedeuten. Die Organisierung wird aber durch eine Reihe von Kautelbestimmungen erzielt : der Bund schreibt den anerkannten, von ihm subventionierten Krankenkassen gewisse unbedingte Leistungen vor und nimmt sie unter eigene unmittelbare Aufsicht.

Während Art. 1 von der lex Forrer ganz wesentlich abweicht und von der Versicherungspflicht grundsätzlich absieht, ist in Art. 2 eine Annäherung zu diesem Entwurfe gesucht worden.

Die Kantone sind danach befugt :

Die Krankenversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsklassen für obligatorisch zu erklären und öffentliche Krankenkassen einzurichten ; sie dürfen ihre Befugnisse den Gemeinden überlassen.

Die Gründung öffentlicher Kassen ist natürlich bei Einführung der Versicherungspflicht nicht zu vermeiden ; im entgegengesetzten Falle müßten freie Kassen zur Annahme versicherungspflichtiger Personen angehalten werden und blieben nur dem Namen nach frei. Darüber ist also nichts weiteres zu sagen. Viel wichtiger dagegen ist die den Kantonen, respective Gemeinden erteilte Befugnis, die Versicherungspflicht zu proklamieren. Der Gesetzgeber durchbrach das reine Subventionsprinzip und bewies, daß er sich von dem lockenden Gedanken eines Versicherungszwangs nicht ganz fernhalten konnte. Er schuf wenigstens die Möglichkeit, das Obligatorium einzuführen. Dieses Recht wird den Kantonen übertragen, weil diese besser die Verhältnisse überblicken und verschiedenen Interessen und Eigentümlichkeiten eher Rechnung tragen können. Man ging noch weiter, von den Kantonen zu den Gemeinden, zu den kleineren Selbstverwaltungskörpern, bei denen die Übersichtsmöglichkeit noch erheblich größer ist.

Bei Besprechung des Artikels 2 herrschte Meinungsverschiedenheit darüber, ob dessen Aufnahme ins Gesetz erforderlich sei. Wenn der Bund von der verfassungsmäßigen Befugnis, das Obligatorium zu proklamieren, keinen Gebrauch macht, so geht diese von Rechts wegen, laut Art. 3 der Verfassung, ohne vorherige Beschlüsse, an die Kantone über. So meinten die einen.

Dieser Ansicht war auch der Bundesrat und gab ihr in seiner Botschaft Ausdruck. « Art. 2 bestätigt nur den Kantonen ein Recht, das ihnen schon vor der Revision von 1890 zukam, und welches ihnen selbst seit dieser Revision von Rechts wegen verblieben ist, für so lange, als der Bund seine Befugnisse nicht ausübt.

Eigentlich ist Art. 2 demnach überflüssig, da die kantonale Kompetenz schon allein aus dem Mangel jeglicher entgegengesetzten Verfügung in der eidgenössischen Gesetzgebung hervorgeht. Wenn wir trotzdem diesen Artikel in unseren Entwurf aufgenommen haben, so geschah es, um die Situation völlig klar zu machen und keinen Zweifel bestehen zu lassen. »[1]

Von anderer Seite aber betrachtete man den vorliegenden Entwurf, als ein zukünftiges Bundesgesetz, in welches kantonale Kompetenzen keineswegs eingreifen dürfen, sei es daß ihnen direkt im Gesetze eine Reihe von Befugnissen cediert wäre. Der Gesetzgeber handle im Sinne des Art. 34*bis* der Bundesverfassung, auch wenn er das Obligatorium nicht proklamiere und dadurch erlöschen alle bisherigen selbständigen Befugnisse der Kantone, auf dem Gebiete des Kranken- und Unfallversicherungswesens Recht zu schaffen. Diese Ansicht scheint die richtigere zu sein. Die Frage fand im Hause keine vollständige Klärung, jedenfalls beeilte man sich, im Gesetze alles unzweideutig festzustellen, was später Anlaß zu ähnlichen Kompetenzstreitigkeiten geben könnte.

Zum Schlusse dieses ersten Abschnittes können wir zu-

[1] Botschaft des Bundesrats S. 27.

sammenfassend sagen: die Tätigkeit des Bundes beschränkt sich prinzipiell darauf, bereits vorhandene Verhältnisse zu regeln, zu sanieren; sie wirkt keineswegs umwälzend; der freiwillige Beitritt zu Gegenseitigkeitskassen bleibt als Grundlage bestehen; der Versicherungszwang in einzelnen Kantonen, bzw. Gemeinden, ist vorläufig nur eine Ausnahme, ein Zusatz zu obigem Grundprinzip.

In den meisten europäischen Ländern, mit Ausnahme von Deutschland, Österreich und Ungarn, sowie Luxemburg, wird die Krankenversicherung, allein oder verbunden mit anderen Versicherungszweigen, von Hilfsvereinen besorgt. Eine Reihe von Gesetzen bezieht sich auf die Tätigkeit dieser Hilfsvereine; diejenigen Vereine, welche den gesetzlichen Anforderungen genügen, genießen dafür manche Vorteile, wie z. B. weitgehende Stempel und Gebührenfreiheit, Beschränkungen der Pfändbarkeit der Unterstützungsbeiträge, staatliche Subventionen usw.

B. **Subventionsbedingungen. (« Geschlossene » Kassen. Gleichstellung der Geschlechter. Versicherungsleistungen. Ärztliche und Apotheken-Frage. Freizügigkeitsprinzip.) Rechtscharakter der anerkannten Krankenkassen. Die Rechtspflege. Entzug und Erneuerung der Anerkennung.**

Der Bund anerkennt diejenigen Krankenkassen, welche die Krankenversicherung allein oder in Verbindung mit anderen Versicherungszweigen betreiben. Sie sollen auf dem Gegenseitigkeitsprinzip aufgebaut sein und Sicherheit für die Erfüllung ihrer Verpflichtungen bieten. Nur wirtschaftlich solide Krankenkassen kommen für die Bundessubvention in Betracht.

Für die Anerkennung ist es gleichgültig, ob die Krankenkassen nur Angehörige eines bestimmten Berufs oder Betriebs, einer bestimmten Konfession oder politischen Partei auf-

nehmen, oder ob sie von derartigen Aufnahmebedingungen absehen.

Über die Tragweite dieser Bestimmung gibt folgende statistische Tabelle Auskunft.

Es bestanden im Jahre 1903 :

529	Fabrikkrankenkassen . . .	mit	97,000	Mitgliedern	
1241	allgemeine Kassen	»	311,000	»	
14	katholische Kassen	»	6,200	»	
5	israelitische Krankenkassen	»	512	»	
1	Methodisten-Krankenkasse.	»	158	»	
1	evangelische Krankenkasse	»	107	»	
1	reformierte Krankenkasse .	»	35	»	
1	Kasse der christlichen Jünglingsvereine	»	46	»	
1	Kasse des christlich-sozialen Arbeitervereins	»	183	»	
17	politische Krankenkassen .	»	6,211	»	
1	mit Ausschluß v. Sozialisten	»	26	»	[1]

Aus dieser Tabelle wird ersichtlich, daß die oben angeführte Bestimmung in erster Linie den zahlreichen « Fabrikkrankenkassen » zu Gute kommt. Darunter sind neben den Betriebskassen auch berufliche und sonstige industrielle Krankenkassen zu verstehen ; denn die Zahl der Betriebskassen an sich allein belief sich nur auf circa 20 % der Gesamtzahl, also auf rund 360. [2] Aber auch die 24 konfessionellen und 18 politischen Kassen mit circa 18,000 Mitgliedern, also circa 4 % der Versicherten, werden die günstigen Folgen der Bestimmung verspüren, indem ihre Gleichberechtigung zur Bundessubvention mit anderen Kassen gesetzlich ausgesprochen wurde.

[1] Amtliches Bulletin der Bundesversammlung, Nationalrat 1908 S. 249.

[2] Amtliches Bulletin der Bundesversammlung. Ständerat 1910, S. 252.

Die Kassen müssen ihren Sitz in der Schweiz haben. Sie dürfen nicht Schweizerbürger, nur auf Grund ihrer Zugehörigkeit zum Schweizerischen Staate, von der Aufnahme ausschließen oder ungünstiger als andere Mitglieder behandeln. Schweizerbürger haben also das Recht, in jede Kasse, deren statutarische Aufnahmebedingungen sie erfüllen, einzutreten. Die statutarischen Aufnahmebedingungen beziehen sich in erster Linie auf Gesundheitszustand und Alter; bei «geschlossenen» — politischen, konfessionellen, beruflichen — und Betriebskassen gesellen sich hiezu: Zugehörigkeit zu einer bestimmten Konfession, Partei, oder einem bestimmten Berufe oder Betriebe. Schweizerbürger genießen laut Gesetz den weiteren Vorteil, daß ihnen Bedingungen betreffend die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Konfession oder politischen Partei nicht entgegengehalten werden dürfen, wenn ihnen keine andere Kasse offen steht.

Die Kassen dürfen keine Mitglieder aus konfessionellen oder politischen Gründen ausschließen.

Sie sind verpflichtet beide Geschlechter aufzunehmen, sofern es sich nicht um Kassen solcher Berufe und Betriebe handelt, die nur Angehörige eines Geschlechtes beschäftigen. Gegenwärtig steht die Zahl weiblicher Mitglieder bei schweizerischen Krankenkassen in keinem richtigen Verhältnis zu der Männerzahl. Es stellen die weiblichen Versicherten nur 20 % der Gesamtzahl erwachsener Versicherter dar. Von den Fabrikarbeiterinnen waren 1901 nur 21 % versichert, während 29 % der Arbeiter sich der Versicherung angeschlossen hatten. Laut Statistik der Hilfskassen 1903 waren 7 % der gesamten weiblichen bei 30 % der männlichen erwachsenen Bevölkerung versichert.[1] Wo die Frau sich mit dem Haushalte beschäftigt und die Arbeit des Mannes als alleinige Einkommensquelle dient, erscheint die Frauenversicherung nicht so dringend erheischt, wenn auch höchst wünschenswert. Wo aber die Frauen zum Unterhalte der

[1] Botschaft des Bundesrats, S. 50.

Familie miterwerben müssen, oder aber als Ledige für sich selbst zu sorgen haben, da ist die Versicherung gegen Krankheit eine Notwendigkeit. Die Fabrikstatistik von 1901 stellt einen Effektivbestand von 92,331 Arbeiterinnen, d. h. 38 % der Gesamtzahl der Fabrikarbeiterschaft fest.[1] Sie sollen mit allen möglichen Mitteln gleich den Männern zur Versicherung angespornt werden; vor allem müssen ihnen aber die Kassenpforten offen stehen; diesem Zwecke dient die oben angeführte Bestimmung über die Gleichberechtigung der Geschlechter zur Kassenmitgliedschaft. Es ist zu erhoffen, daß viele Kassen, welche bis jetzt den Frauen unzugänglich waren, ihnen, um die Bundessubvention zu erlangen, die Gastfreundschaft gewähren werden.

Im Jahre 1903 bestanden 56 % Kassen für Männer
4 % Kassen für Frauen
40 % Kassen für beide Geschlechter[2]

Die Frauenversicherung bringt ein größeres Krankheitsrisiko mit sich; die Morbidität der Frauen nimmt im späteren Alter rascher als bei den Männern zu, und dies ist durch die vielen häuslichen Arbeiten und Wochenbette bedingt[3]; das berechtigt an sich zu einer ungleichen Abstufung der Mitgliederbeiträge nach der Geschlechtszugehörigkeit. Da aber das Gesetz erhöhte Beiträge für die Frauenversicherung vorsieht, so wird schon diese Erhöhung allein zum Ausgleich des Risikos beitragen; deshalb bestimmt das Gesetz, daß die Mitgliederbeiträge nur bei verschiedenen Leistungen verschieden abzustufen seien.

Wir gehen nun zur Besprechung der Versicherungsleistungen über.

[1] Botschaft des Bundesrats, S. 50.

[2] Amtliches Bulletin der Bundesversammlung, Nationalrat 1908, S. 232.

[3] Amtl. Bulletin der Bundesversammlung, Nationalrat 1910, S. 395, Ständerat 1909, S. 395.

Die anerkannten Kassen haben ihren erkrankten Mitgliedern wenigstens ärztliche Behandlung und Arznei oder ein tägliches Krankengeld zu gewähren, welches bei gänzlicher Erwerbsunfähigkeit die Mindesthöhe von 1 Fr. erreichen soll. Mit dieser Bestimmung nimmt der Gesetzgeber eine wesentliche Neuerung gegenüber dem Forrer'schen Gesetze vor. Er subventioniert Krankenkassen, welche Krankenpflege oder Krankengeld ihren Mitgliedern gewähren, während öffentliche sowie eingeschriebene Kassen des Gesetzes vom Jahre 1889 beide Arten von Leistungen für die obligatorisch Versicherten hätten verbinden sollen. Die freiwilligen Mitglieder durften sich zwar auch entweder nur für ein Krankengeld oder für die Krankenpflege allein versichern, aber nur letztere, d. h. die Krankenpflegeversicherung berechtigte zur Beanspruchung des Bundesbeitrages; der bloßen Krankengeldversicherung gegenüber verhielt sich die lex Forrer ablehnend, indem sie ihr den Anspruch auf Subventionierung nicht verlieh. Dabei war wohl die Befürchtung maßgebend, daß von den Krankengeldern auch eine unangemessene, auf die Genesung nicht abzielende Verwendung gemacht werden könnte. Heute ist eine entschiedene Wendung in den Anschauungen zu verzeichnen. Mit Recht meint man, das Krankengeld sei an sich dazu bestimmt, Ersatz für den entgehenden Tagesverdienst zu leisten und für genügende Nahrung zu sorgen, welche in vielen Fällen wie Ruhe und Arznei wirkt. Es bestanden, der Statistik von 1903 gemäß, 815 Kassen mit 184,928 Mitgliedern, die nur eine Barentschädigung in Erkrankungsfällen gewähren. [1] Von den gesamten 1812 Kassen gewährten i. J. 1903: 815 nur Geldleistungen, 857 Geld- und Naturalleistungen, 74 nur Naturalleistungen, 66 auf Wunsch, Geld- oder Naturalleistungen. Es ist lehrreich, festzustellen, daß in dem Zeitabschnitte 1880–1903 die Zahl der Geldkrankenkassen von

[1] Botschaft des Bundesrats, S. 55.

558 auf 815 stieg, während sich die Zahl der Krankenpflegekassen von 114 auf 74 verringerte. [1]

Die deutschen öffentlichen und eingeschriebenen freien Kassen gewähren ihren obligatorisch versicherten Mitgliedern Krankenpflege und Krankengelder. Nur freiwillig Versicherte, oder aber Mitglieder von eingeschriebenen Hilfskassen, welche gleichzeitig bei einer organisierten Kasse oder in der Gemeindeversicherung versichert sind, dürfen statt Naturalien ein erhöhtes Krankengeld erheben. Diese wesentliche Abweichung von unserem Gesetze ist in dem grundverschiedenen Charakter der deutschen Arbeiterversicherung begründet. Der deutsche Staat proklamierte den Versicherungszwang, schuf öffentliche Kassen und schrieb ihnen ohne weiteres die Versicherungsleistungen vor. In der Schweiz aber gehört das Obligatorium in den Bereich holder Zukunftsmusik ; der Gesetzgeber sucht nur durch seine Beiträge die freiwillige Versicherung anzuspornen. Er ist zwar berechtigt, wegen dieser Beiträge gewisse Mindestleistungen von den freien Kassen zu verlangen, muß aber dabei den bestehenden Verhältnissen Rechnung tragen, um nicht durch zu weit gehende Forderungen den Fortschritt des Versicherungsgedankens zu hemmen, statt zu fördern.

Es wurde festgestellt, wie viele Kassen nur Krankengelder entrichten und trotzdem ihren Mitgliedern ganz gute Dienste leisten ; dadurch haben sie sich auch ein Anspruchsrecht auf Bundesbeiträge erkämpft. Es gibt aber Fälle, wo die bloße Krankengeldversicherung zu Mißbräuchen führen kann, nämlich bei Kindern. Es ist gefährlich Kinderversicherung mit Krankengeldern zu verknüpfen. Unehrliche Eltern könnten leicht in die Versuchung geraten, die Erkrankung ihres Kindes zu verlängern. Eine Vermutung, die leider in der Tat ihre Bestätigung fand. Der Gesetzgeber ging radikal vor, indem er für die Krankengeldversicherung

[1] Amtliches Bulletin der Bundesversammlung, 1908, Nationalrat, S. 232.

von Kindern bis zum 14. Lebensjahre nicht nur von einer Bundessubvention absah, sondern diese Versicherung sogar verbot. Von dieser strengen Bestimmung werden die ziemlich zahlreichen « Caisses scolaires » mit bloßer Krankengeldversicherung, welche sich besonders in Lausanne eingelebt haben, getroffen. Abgesehen aber von dieser Kinderversicherung sind die Natural- und Geldleistungen in Bezug auf Bundessubvention gleichgestellt.

« Soweit unentgeltliche Behandlung der Mitglieder durch öffentliche Ärzte stattfindet, gilt sie als von der Kasse geleistet. » Durch diese Bestimmung wird die Behandlung durch öffentliche Ärzte der Gewährung ärztlicher Behandlung seitens der Kassen gleichgestellt. Damit berücksichtigt der Gesetzgeber ein Institut, welches seit circa 100 Jahren im Kanton Tessin unter dem Namen « Medici in condotta » wirkt und anerkennenswerte Dienste leistet. Die Einwohner dieses Kantons genießen unentgeltliche Behandlung durch Bezirksärzte. (Nur schwere Operationen, Geburtshilfekosten und Besuche in entlegenen Gegenden sind zu bezahlen.) [1]

Ärztliche Behandlung und Arzneien sind vom Anfang der Krankheit an, das Krankengeld spätestens nach Ablauf einer dreitägigen Wartefrist zu gewähren. Diese Bestimmung der dreitägigen Wartefrist war auch im Forrer'schen Entwurfe enthalten. Im J. 1903 hatten eine über 3 Tage dauernde Wartefrist 319 Kassen mit 66,155 Mitgliedern, also über 15 % der Versicherten [2], — eine ziemlich beträchtliche Zahl ; trotzdem hielt man es für zweckmäßig, die Wartefrist nicht über 3 Tage zuzulassen, um eine wirtschaftliche Erschöpfung des Erkrankten und seiner Familie zu vermeiden. Der dreitägigen Wartefrist begegnen wir auch in der deutschen sowie österreichischen Krankenversicherung.

Die Versicherungsleistungen sollen einem Mitgliede im

[1] Das Verdienst, auf diese Einrichtung den Gesetzgeber aufmerksam gemacht zu haben, gebührt dem Nationalrat Motta.

[2] Botschaft des Bundesrats, S. 59.

Laufe von 360 aufeinanderfolgenden Tagen für eine oder mehrere Krankheiten während mindestens 180 Tagen zukommen. Diese Bestimmung wurde erst nachträglich ins Gesetz aufgenommen ; anfangs bestimmte es nur, daß eine Krankheit für volle 6 Monate versichert sein solle ; es könnte nun der Fall eintreten, daß nach längerer, halbjähriger Krankheit ein Kassenmitglied etwa 2, 3 Tage später wieder erkrankt wäre und die Kasse müßte von neuem ihre Verpflichtungen im vollen Umfange übernehmen. Das soll aber im berechtigten Interesse der Kassen nicht geschehen. Wurden bereits für 180 Tage Leistungen gewährt, so hat das betreffende Mitglied bis nach Ablauf des Jahres keine Ansprüche mehr.

Werden die Arzneien und ärztliche Behandlung während 270 statt 180 Tagen geleistet, so sind die Kassen berechtigt, nur $^3/_4$ der Leistungen auf sich zu nehmen. Diese Bestimmung wurde auf Anregung der Krankenkasse Rüti (Zürich) ins Gesetz aufgenommen ; es empfiehlt sich nämlich, die ärztlichen Kosten nur zum Teil zu erstatten, damit der Kranke ein Interesse an seiner rascheren Genesung gewinne.

Der Gesetzgeber überträgt den Kassen die Pflicht, dafür zu sorgen, daß ihren Mitgliedern im Krankheitsfalle kein Gewinn aus der Versicherung erwachse. Er will damit die Möglichkeit einer Überversicherung fernhalten. Wenn auch mit Rücksicht auf niedrige Geldleistungen vieler Kassen die Doppelversicherung öfters erwünscht ist, so ist die Überversicherung mit allen Mitteln zu bekämpfen, da sie die Simulationsgefahr ins Ungemessene steigern kann. Um den Kassen die Kontrolle über die Bezüge ihrer Mitglieder zu erleichtern, bestimmt das Gesetz, daß Mitglieder anerkannter Kassen bei nicht mehr als zwei Kassen versichert werden dürfen. Auch in dem deutschen Krankenversicherungsgesetz sind analoge Bestimmungen enthalten, da ein obligatorisch Versicherter gleichzeitig Mitglied einer freien und einer öffentlichen Kasse sein kann. Da ist es Aufgabe der öffentlichen Kassen, dafür zu sorgen, daß das mehrerorts behobene

Krankengeld den durchschnittlichen Tagesverdienst nicht übersteige.

Den Anspruch auf Versicherungsleistungen dürfen die Kassen vom Ablaufe einer bestimmten Zeit seit dem Eintritte in ihre Mitgliederreihen abhängig machen; es darf jedoch diese Zeit nicht mehr als 3 Monate betragen. Der Gesetzgeber statuiert damit als Maximum eine dreimonatliche Karenzzeit. Dieser Bedingung genügten im Jahre 1903 91 % Kassen mit 92 % der Versicherten.[1] Was die wenigen übrigen Kassen betrifft, so werden sie wohl mit Hilfe der Bundesbeiträge imstande sein, ihre Karenzzeit auf das geforderte Maß herabzusetzen. Dieser Ansicht ist der Bundesrat gewesen, ihm schlossen sich auch Nationalrat und Ständerat an. Die Karenzzeit hat zum Zwecke, böswilligen Beitritt zu verhindern und die Ungenauigkeiten ärztlicher Untersuchung auszugleichen. Analoge Maßregeln finden wir bei der Volksversicherung (Todes- und Erlebensversicherung), wo gar keine oder eine nur summarische Untersuchung stattfindet. Die öffentlichen Krankenkassen Deutschlands und Österreichs wenden die Karenzzeit nur ihren freiwilligen Mitgliedern gegenüber an. Sie darf in Deutschland 6 Monate, in Österreich 4–8 Wochen nicht übersteigen. Was obligatorisch Versicherte betrifft, so ist ihnen gegenüber eine Karenzzeit nur mit Rücksicht auf Mehrleistungen über die gesetzliche Mindestversicherung hinaus, zulässig. Freie Kassen dürfen übrigens auch auf obligatorisch Versicherte die Karenzzeit ausdehnen. (In Deutschland z. B. bis auf 13 Wochen.) Unser Gesetz kennt im Prinzip keine öffentlichen Kassen und keine Versicherungspflichtigen;[2] es fungieren nur freie Kassen, bei denen man sich nur freiwillig versichern kann. Aber der Bund subventioniert diese Kassen und erwirbt dadurch das Recht,

[1] Botschaft des Bundesrats, S. 57.

[2] Abgesehen natürlich von der kantonalen Befugnis, den Versicherungszwang zu proklamieren und öffentliche Kassen zu gründen.

ihnen gewisse Beschränkungen aufzuerlegen ; eine solche Beschränkung im berechtigten Interesse der Versicherten ist die eben erwähnte dreimonatliche Maximalhöhe der Karenzzeit.

Eine besondere Stellung nimmt die Wöchnerinnenunterstützung ein. Das Gesetz bestimmt in dieser Beziehung folgendes : die Kassen haben das Wochenbett als versicherte Krankheit anzuerkennen, wenn die versicherte Wöchnerin bis zum Tage ihrer Niederkunft ohne eine Unterbrechung von mehr als 3 Monaten während mindestens 9 Monaten Mitglied von Kassen gewesen ist. Das Wochenbett berechtigt demgemäß zur Beanspruchung der für gewöhnliche Krankheitsfälle vorgesehenen Leistungen. Eine sechswöchentliche Krankenunterstützung ist der Wöchnerin für jeden Fall, auch wenn sie bereits früher hergestellt wurde, gesichert.

Die Gewährung von Leistungen an Wöchnerinnen läßt sich leicht begründen : die Frau ist in der Ausübung ihrer Erwerbstätigkeit und haushälterischen Arbeit gehindert ; die Wirtschaft wird aber durch ein neues Familienglied belastet. Das deutsche Krankenversicherungsgesetz sieht eine sechswöchentliche Wöchnerinnenunterstützung vor, das österreichische eine vierwöchentliche. Auch das Forrer'sche Gesetz wollte den Wöchnerinnen eine sechswöchentliche Unterstützung gewähren ; es statuierte aber außerdem eine über 6 Wochen hinausgehende Leistungsdauer für den Fall, daß sich eine Krankheit zur Geburt gesellen würde. Mit Recht bestimmt das neue Gesetz von vornherein, daß Krankenkassen das Wochenbett als versicherte Krankheit anzusehen haben. Denn es ist ohne weiteres klar, daß wenn sich die Wöchnerin nach 6 Wochen noch nicht erholt hat und weitere Versicherungsleistungen beansprucht, eine krankhafte Geburt oder der Hinzutritt irgend einer anderen Krankheit vorliegt.

Warum schreibt der Gesetzgeber für den Fall eines normalen Wochenbetts jedenfalls eine sechswöchentliche Unterstützung vor ? Er tut es zunächst im Interesse der Wöchnerinnen im allgemeinen, um ihnen durch Lieferung der

Versicherungsleistungen, besonders des Krankengeldes eine sechswöchentliche, mühelose Rekonvaleszenz zu sichern; dann aber speziell im Interesse der Fabrikarbeiterinnen, welchen das Fabrikgesetz während der nächsten 6 Wochen nach der Niederkunft, auch wenn sie inzwischen hergestellt sind, im Fabrikbetrieb zu arbeiten verbietet. Diese « negative » Maßnahme wird durch jene « positive », nämlich durch den unbedingt 6 Wochen dauernden Anspruch auf Krankengeld, zweckmäßig ergänzt. Würden jedoch Wöchnerinnen ihre Arbeit in nicht unter das Fabrikgesetz fallenden Betrieben vor Ablauf der ersten 6 Wochen nach der Niederkunft wieder aufnehmen, so könnte der Fall eintreten, daß Krankengeld und Erwerb zu einem übermäßigen Verdienste führen würden; deshalb bestimmt das Gesetz, daß in solchen Fällen der Wöchnerin ihr Verdienst am Krankengelde abgezogen werden dürfe.

Außer den für den gewöhnlichen Krankheitsfall vorgesehenen Leistungen erhalten die Wöchnerinnen, welche ihre Kinder 10 Wochenlang stillen, von den Kassen ein Stillgeld in der Höhe von mindestens 20 Franken. Mit Rücksicht auf die enorme Bedeutung der natürlichen Ernährung für die Gesundheit ist diese Bestimmung warm zu begrüßen.

Besonders heikler Natur in einer Krankenversicherungsgesetzgebung ist die Ärztefrage; jedenfalls ist sie bei Beratung des neuen Gesetzes der brennendste Diskussionspunkt gewesen und hat zu den meisten Amendements und Wiedererwägungsanträgen Anlaß gegeben. Freie Ärztewahl oder Kassenärzte? lautet die schwere Frage. Die freie Ärztewahl trägt ein menschenfreundlicheres Gepräge; der Kranke kann sich an seinen Vertrauensarzt wenden, und abgesehen davon, daß dieser Arzt ihn besser kennt, ihn schon vielleicht öfters behandelte, trägt das psychologische Moment des Vertrauens zur raschen Genesung wesentlich bei. Der freien Ärztewahl steht aber ein großes Bedenken entgegen. Sie kann unter Umständen sehr leicht zu einer Gefahr für die wirtschaftliche Existenz einer Kasse werden. Das

gilt vor allem für Orte mit größerer Ärztezahl, wo die Konkurrrenz zwischen den Ärzten eine sehr große ist. Ein junger, vermögensloser Arzt mit knapper Praxis kann sich z. B. verleiten lassen, hie und da auch gegen seine Überzeugung zu handeln, einen mehr gesunden als kranken Mann für erwerbsunfähig zu erklären, seine Besuche unter verschiedenen Vorwänden zu mehren, um sich dadurch die Sympathien des versicherten Publikums und damit reichere Einkünfte zu erwerben.

Die Kassenärzte dagegen werden entweder vom Vorstande oder von der Generalversammlung gewählt. Das kann für den ärztlichen Stand unter Umständen eine Gefährdung seines freien politischen Denkens bedeuten ; es wurden vielfach Erfahrungen gemacht, daß eine wählende Kasse von Versicherten politische Rücksichten bei ihrem Wahlurteil walten ließ. Der Arzt wird « politisch » gewählt, muß also auch « politisch » kurieren. Er wird zum geschickten Diplomaten, der, um sich die Gunst seiner Wähler zu erhalten, öfters gleich jenem jungen Arzte verfährt. Wo er sich aber sicher fühlt, indem er sich vielleicht die Gunst des allmächtigen Vorstands, welchem öfters die Wahl des Kassenarztes obliegt, erworben hat, da behandelt er vielfach die Kranken mit einer weitgehenden Gleichgültigkeit, welche die Genesung nicht gerade fördert.

Prinzipiell ist also das Kassenarztsystem vom Standpunkte der Versicherten und des Arztes zu verwerfen. Jedermann weiß, zu welcher Ausbeutung und Niederdrückung des Ärztestandes das Kassenarztsystem in Deutschland führte. [1]

[1] « Parteiische Auswahl der Kassenärzte nach politischer Gesinnung, Herabdrückung der Honorare auf ein Maß, das vielfach mit den Gehältern und sonstigen Entschädigungen der Vorstandsmitglieder im Mißverhältnis steht, unberechtigte Kritik ihrer Verordnungen und Gutachten, rücksichtslose Entfernung mißliebiger Elemente — bilden den Hauptgegenstand allgemeiner Klagen. » — V. Jagwitz, Die Vereinheitlichung der Arbeiterversicherung und der VII. internationale Arbeiterversicherungs-Kongreß. Berlin 1906, S. 94.

Man weiß auch, daß zum großen Teile unter dem Drucke dieser Mißstände im Jahre 1900 der « Deutsche Ärztevereins bund » gegründet wurde, welcher den größten Teil der Ärzte Deutschlands umfaßt. Zu schweizerischen Verhältnissen zurückkehrend dürfen wir allerdings nicht den Umstand verschweigen, daß dort das Kassenarztsystem jene üblen Folgen nicht zeitigte, daß es sogar recht gute Dienste leistet ; die Versicherten haben auf zahlreichen Generalversammlungen gegen die freie Ärztewahl gestimmt. Nichtsdestoweniger haftet dem Kassenarztsystem ein prinzipieller Nachteil an, — der erkrankte Versicherte kann sich nicht an seinen Vertrauensarzt wenden, wenn dieser nicht im Dienste der betreffenden Kasse angestellt ist. Es ist also keines der erwähnten Systeme — weder die freie Ärztewahl noch das Kassenarztsystem vollkommen befriedigend. Die eidgenössischen Räte bemühten sich — allerdings erst bei späteren Lesungen — ein Mittelding, welches die Vorteile beider Systeme vereinigen würde, zu schaffen, und die Frage der ärztlichen Behandlung machte dabei manche Wandlungen durch. Der Bundesrat ging in seiner Vorlage den deutschen Versicherungsgesetzen nach ; im Artikel 12, welcher übrigens ganz kurz gefaßt war, erteilte er den Kassen das Recht, Tarife über ärztliche Leistungen aufzustellen und Verträge mit einzelnen Ärzten abzuschließen. Das Kassenarztsystem stieß jedoch im Nationalrate gegen ein fast einstimmiges Haus ; die freie Ärztewahl trug in diesem Hause den Sieg davon. Die ständerätliche Kommission nahm einen entgegengesetzten Standpunkt ein, indem sie den Kassen die Wahl zwischen beiden Systemen überließ. Schon bei der ersten Beratung des Artikels erhoben Vertreter des Ärztestands heftigen Widerspruch dagegen. Herr Dr. Pettavel war es in erster Linie, welcher sich im Interesse der Ärzte und Versicherten warm der Sache annahm. Er verwies auf die üblen Folgen des Kassenarztsystems in Deutschland und machte auf den Umstand aufmerksam, mit welchen Gefahren sich für den Ärztestand das Kassenarztsystem verbinden würde,

wenn die Kantone und Gemeinden von der ihnen zustehenden Befugnis, das Obligatorium zu proklamieren, Gebrauch machten. Dann müßte die Praxis aller nicht im Dienste der Kassen stehenden Ärzte eine erhebliche, unersetzbare Einbuße erleiden. Dr. Pettavel befürwortete entschieden das System der freien Wahl und stützte sich dabei auf zwei Eingaben aus den Jahren 1905 und 1907, in denen sich « die schweizerische medizinische Kommission » — die « Société médicale de la Suisse Romande » und den « ärztlichen Zentralverein » repräsentierend — ebenfalls für die freie Ärztewahl ausgesprochen hatte. Um jedoch die Kassen vor möglichen Gefahren einer finanziellen Überlastung bei Einführung der freien Wahl zu schützen, schlug Dr. P. vor, letztere durch administrative Kontrolle des ärztlichen Dienstes mit Hilfe von ärztlichen Kommissionen zu ergänzen. Außer dem Pettavel'schen Antrage wurden seitens der Kommissionsminderheit und des Bundesrats Anträge eingereicht, welche ebenfalls auf die freie Wahl abzielten und in prinzipieller Übereinstimmung mit dem Nationalrate waren. Dagegen wiesen Anhänger des Kommissionsantrags (eigentlich Antrag der Kommissionsmehrheit), wonach den Kassen das Recht überlassen bliebe, das eine oder andere System anzuwenden, auf bereits bestehende Verhältnisse hin. Die Gegenseitigkeitskassen in der Schweiz hätten nur selten das Kassenarztsystem in striktester Weise durchgeführt. Die Mehrheit bediene sich wenigstens einiger Vertrauensärzte. Auch die Eingabe des Zentralkomitees schweizerischer Krankenkassen und des Konkordats schweizerischer Kassen für Freizügigkeit fordere die Einführung einer beschränkten Zahl von Vertrauensärzten. Der Ständerat stimmte nach der ersten Besprechung der ärztlichen Frage nicht über einzelne Anträge ab, sondern nur prinzipiell darüber, ob die Kassen selber über die Organisation ihres ärztlichen Dienstes zu bestimmen hätten, oder ob vielmehr die freie Ärztewahl von Gesetzes wegen für anerkannte Krankenkassen zu statuieren sei. Mit 31 Stimmen gegen 7 trug die freie Ärztewahl den Sieg davon.

Auf Grund dieser Instruktion beriet die ständerätliche Kommission nochmals die ärztliche Frage und brachte neu bearbeitete Anträge ein.[1]

Es sollte demgemäß den Versicherten die freie Wahl der Ärzte zustehen. Um jedoch die Kassen vor übermäßiger Belastung und eventuellen Mißbräuchen zu schützen, wurden mehrere ersprießliche Maßnahmen vorgesehen, unter anderen das Recht der Kasse, einen zweiten Arzt zur Behandlung heranzuziehen, sowie das Verbot, für Rechnung der Kassen in Fällen nachgewiesener Mißbräuche die ärztliche Praxis auszuüben.

Gegen das angenommene Prinzip der freien Ärztewahl protestierten heftig die Krankenkassen. Nicht nur Kassenvorstände glaubten darin eine Gefährdung der finanziellen Fristung ihrer Kassen zu ersehen, sondern auch zahlreiche Generalversammlungen erhoben Widerspruch dagegen.

Von welchen Motiven sich die Versicherten leiten ließen, liegt klar auf der Hand. Sie dachten ebenfalls an eine Kostenerhöhung, welche in erster Linie auf die Prämienhöhe rückwirken würde. Auf diese lebhafte Protestbewegung aufmerksam gemacht, besprach die ständerätliche Kommission nochmals die ärztliche Frage. Die neu eingebrachten und schließlich angenommenen Anträge der Kommission führten das System der beschränkten freien Ärztewahl ein. Danach sollten Kassen mit auserwählten Ärzten Verträge abschließen und die übrigen Ärzte von der Kassenpraxis fernhalten dürfen, wenn in den Gemeinden ihres Tätigkeitsgebiets mindestens sechs Ärzte praktizierten und mehr als die Hälfte der Ärzte vertragsmäßig für die Kasse verpflichtet würden. Mit diesem System war den Kassen die Möglichkeit gegeben, unehrliche oder ihnen unerwünschte Elemente des ärztlichen Standes ohne weiteres von der Kassenpraxis auszuschließen. Für kleinere Gemeinden erachtete man die beschränkte Wahl für unnötig, weil dort die Kontrolle über den ärztlichen Dienst

[1] Amtliches Bulletin der Bundesversammlung, Ständerat 1909, S. 417 ff.

leichter ausführbar wäre. Deshalb wurde die Minimalgrenze von sechs Ärzten für die Wirksamkeit der beschränkten Ärztewahl statuiert.

Dieses System der beschränkten Ärztewahl unterliegt schweren Bedenken. Es könnte leicht zu einer gefährlichen Schädigung des ärztlichen Standes führen, besonders da, wo sich der Versicherungsgedanke Scharen von Anhängern nicht nur aus der Arbeiterklasse, sondern auch aus dem Mittelstande gewinnen würde; sie würden alle für die von der Kassenpraxis ausgeschlossenen Ärzte verloren gehen. Und wenn schon die beschränkt freie Wahl proklamiert werden soll, so müssen wir mit Herrn Python fragen: wäre es nicht von Nutzen gewesen, sie auch auf kleinere Gemeinden mit weniger als sechs Ärzten auszudehnen? Darunter gehören ja meistens die entfernten Berggemeinden, in welchen ärztliche Hilfe besonders kostspielig ist und wo ein oder zwei Kassenärzte, eventuell noch durch Wartegelder unterstützt, die richtige Lösung bedeuten würden.

Die eidgenössischen Räte ließen das geschilderte System der beschränkten Wahl angesichts dessen Mängel fallen und einigten sich auf die sogen. «bedingte» freie Ärztewahl. Danach steht jedem erkrankten Mitgliede prinzipiell die freie Wahl unter den an seinem Aufenthaltsorte oder in dessen Umgebung praktizierenden Ärzten zu. Die Kassen sind aber befugt, auf Grund der Tarife (s. gemeinsame Bestimmungen) mit Ärzten Verträge abzuschließen und ausschließlich diesen Ärzten die Kassenpraxis zu übertragen. Jeder Arzt, der seit mindestens einem Jahre regelmäßig im Tätigkeitsgebiet der Kasse praktiziert, kann einem solchen Vertrage beitreten. Es darf also jeder Arzt dem Vertrage beitreten, jeder Versicherte zwischen den Vertragsärzten frei wählen; der ärztliche Dienst wird in den Tarifen allgemein geregelt, die Einzelbedingungen vom Vertrage fixiert — und darin besteht das Wesen der bedingten freien Wahl.[1] Man könnte vielleicht

[1] Das System der bedingten Wahl weist mehrere Varianten auf; es hat in Deutschland gute Erfolge gezeitigt; Belege hiefür

daran Anstoß nehmen, daß über die Zahl der zu allererst den Vertrag abschließenden Ärzte im Gesetze nichts gesagt wird. Vertreter des ärztlichen Standes verlangten deshalb, daß mindestens die Hälfte der in Betracht kommenden Ärzte beim Abschluß des Vertrages mitbeteiligt sein müsse. Sie befürchteten nämlich den Fall, daß eine Kasse mit wenigen Ärzten oder gar mit einem einen unerwünschten Vertrag abschließen könnte, und alle anderen wären dann an diesen Vertrag gebunden. Dagegen läßt sich sagen, daß die Verträge in Übereinstimmung mit den Tarifen [1] sein müssen, von den kantonalen Regierungen zu genehmigen sind, und daß wohl die Ärzte im wohlverstandenen eigenen Interesse sich immer mehr lokalen Organisationen anschließen werden.

Es erübrigt uns an dieser Stelle noch, einige den ärztlichen Dienst regelnde Bestimmungen zu schildern.

Die Kasse kann von sich aus oder auf Antrag des Versicherten, seiner Familie oder des behandelnden Arztes einen zweiten Arzt zuziehen.

Die Kassen dürfen Vertrauensärzte, insbesondere zur Kontrolle des ärztlichen Dienstes bestellen. Es gibt nämlich eine Reihe von Fällen, wo eine gewisse Routine, ein einheitliches Verfahren erforderlich ist, so z. B. bei Anordnung von kostspieligen Kuren, bei Untersuchung über Simulationen, über zweifelhafte Fälle der wiedererlangten Erwerbsfähigkeit usw. — Man wird es also den Kassen nicht übel nehmen, wenn sie einen Vertrauensarzt zur Nachprüfung zuziehen oder aber sich zu diesem Zwecke an eine von den Ärzten und Vorständen kumulativ gewählte Ärztekommission wenden.

Das Recht der Mitglieder auf die Wahl des Arztes fällt beim Eintritt in eine Heilanstalt weg; hier erfolgt die Behandlung durch das ärztliche Personal der Anstalt. Öffentliche und obligatorische Kassen dürfen auch den konsul-

sind im Werke von Dr. Häberlin « Über das heutige Krankenkassenwesen und die zukünftige Krankenversicherung in der Schweiz », Zürich 1909, enthalten.

[1] Über die Tarife s. Seite 54.

tativen Dienst den Heilanstalten übertragen. Diese Bestimmung trägt den speziell in den Kantonen Appenzell und St. Gallen ausgebildeten Verhältnissen Rechnung. Alle sich im Kantone Aufhaltenden sind dort verpflichtet in einen Spitalverband einzutreten, wofür sie eine drei- bis sechsmonatliche Spitalbehandlung und unentgeltliche Dienste der Poliklinik genießen.

Eine weitere Bestimmung, welche ebenfalls die freie Wahl ausschließt, bezieht sich auf öffentliche und obligatorische Kassen in entlegenen Gebirgsgegenden mit geringer Wegsamkeit ; solche Kassen sind befugt, wenn sie mit Ärzten Verträge abschließen und ihnen Wartegelder ausrichten, anderen Ärzten den Beitritt zum Vertrage zu verwehren. Diese den Kassen erteilte Befugnis verfolgt den Zweck, ihnen die Werbung von Ärzten in dünn bevölkerte Gegenden durch Schutz gegen Konkurrenz — weil ja die Ärzte außer dem Wartegeld noch auf Honorare bei Ausübung der Praxis rechnen müssen — zu erleichtern.

Als Ärzte gelten Personen, welche im Besitze eines eidgenössischen Diploms sind oder aber auf Grund eines wissenschaftlichen Befähigungsnachweises von den Kantonen zur Ausübung des ärztlichen Berufes ermächtigt wurden. Es kommen dabei zwei Kantone in Betracht : Genf und Tessin ; letzterer liefert den Abiturienten einiger italienischer Universitäten das kantonale Zeugnis aus, da in der Schweiz keine italienischen Universitäten bestehen.

Die Frage des Apothekendienstes wurde analog der ärztlichen Frage unter Zugrundelegung des Systems der bedingten freien Wahl geregelt. Dabei wurden Ärzte, welche kantonale Bewilligungen zur Leitung von Apotheken besitzen, den Besitzern von eidgenössischen Apothekerdiplomen gleichgestellt.

Über die Anerkennung der Arztapotheke entspann sich in beiden Häusern eine leidenschaftliche Diskussion. Das Institut der Arztapotheke hat sich besonders in der Ostschweiz eingelebt und allgemein beliebt gemacht. Nur die Kantone

Baselstadt, Genf und Wallis kennen kein «Selbstdispensationsrecht» der Ärzte. Dieses Recht bedeutet für die Apotheker eine Gefährdung ihrer Interessen, indem es ihnen Konkurrenz seitens der Ärzte schafft. Wenn es trotzdem beibehalten wurde, so geschah es in erster Linie im Interesse des schnelleren und bequemeren Dienstes: das Selbstdispensationsrecht entfernt nämlich eine Reihe von Unannehmlichkeiten, indem es oft den mühsamen Gang in eine vielleicht weit entlegene Apotheke erspart; aber auch im dringenden Interesse der Ärzte, besonders der Landärzte, mußte es anerkannt werden, indem es bei vielen von ihnen zur regelmäßigen und nicht unbedeutenden Einnahmequelle wurde. Was die Gefahr betrifft, es könnten die Ärzte nicht so genau bei der Verabfolgung von Arzneien verfahren, wie es die geübteren Apotheker tun, so ist darauf zu erwidern, daß dies insofern unzutreffend ist, als der einzelne Arzt nicht etwa alle 800–900 in der Pharmakopöe aufgezählten Medikamente, sondern eine geringere Zahl, vielleicht auch nicht den zehnten Teil davon braucht und in kurzer Zeit Übung und Sicherheit erlangt. Übrigens bezieht er auch öfters die Arzneien aus der Apotheke.

Ein weiterer wichtiger Vorteil der ärztlichen Selbstdispensation besteht darin, daß durch Verbindung beider Dienste die Kosten der ärztlichen Behandlung verbilligt werden können, weil den Ärzten aus zwei Quellen Gewinne zufallen.

Aus diesen Gründen wurde der Gesetzgeber veranlaßt, das ärztliche Selbstdispensationsrecht anzuerkennen. Dessen Nichtanerkennung könnte unter Umständen einen Konflikt mit den kantonalen Kompetenzen herbeiführen, da die Bewilligung zur Selbstdispensation von den kantonalen Sanitätsdirektionen den Ärzten erteilt wurde.

Das Gesetz enthält dann noch gewisse gemeinsame Bestimmungen für Ärzte und Apotheker.

Die Krankenkassen dürfen, wie wir bereits erfuhren, Verträge mit Ärzten und Apothekern abschließen. Diese Verträge sind den Kantonsregierungen zur Genehmigung zu

unterbreiten ; die Kantonsregierungen haben dann zu prüfen, ob die vereinbarten Taxen und andere im Vertrage enthaltenen Bedingungen dem Gesetze und speziell den kantonalen Tarifen entsprechen. Solche Tarife werden von den Kantonsregierungen nach Anhörung der ärztlichen und Apothekerverbände und unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse aufgestellt. Die Übertragung der Tarifaufstellung vom Bundesrate, wie es zunächst geplant war, auf die kantonalen Regierungen — ist eine zweckmäßige Maßnahme ; wenn man nämlich den örtlich verschieden ausgestalteten Verhältnissen Rechnung tragen will, so sind dazu die Kantone mit ihren kleineren Territorien viel eher geeignet, als der Bundesrat, welcher nicht leicht Einblick in die lokalen Verschiedenheiten gewinnen kann.

Die zwischen Kassen und Ärzten oder Apothekern entstandenen Streitigkeiten sind schiedsgerichtlich zu schlichten. Zu diesem Zwecke beauftragt der Gesetzgeber die Kantonsregierungen, die schiedsgerichtliche Instanz zu bezeichnen und ihre Organisationsform festzustellen, wobei für eine paritätische Vertretung beider Parteien zu sorgen ist. Bekanntlich entstanden auch hie und da in Deutschland derartige Schiedsgerichte, welche erfolgreich bei Schlichtung von Streitigkeiten zwischen Ärzten und Kassen gewirkt haben. (Auch die neue deutsche Reichsversicherungsordnung steuert dem Schiedsgerichtsgedanken zu, indem sie vor Anrufung der ordentlichen Gerichte eine provisorische Schlichtung der Streitigkeiten aus dem Vertragsverhältnisse zwischen Ärzten und Kassen durch die sogen. Vertragsausschüsse vorschreibt.)

Eine delikate und dabei sehr wichtige Aufgabe fällt laut Gesetz den Schiedsgerichten zu : will nämlich eine Kasse einen Arzt oder Apotheker aus wichtigen in ihrer Person oder in der Art der Ausübung des Berufs[1] liegenden

[1] Prinzipiell steht ja der Beitritt nach einjähriger Karenzzeit jedem Arzte frei.

Gründen zum Vertrage nicht zulassen oder vom Vertrage ausschließen, so hat das Schiedsgericht über den Ausschluß und dessen Dauer zu entscheiden. Es hat also das Schiedsgericht die Kassen vor unehrlichen Elementen zu schützen, aber auch gleichzeitig dafür zu sorgen, daß bei Aussperrung von Ärzten und Apothekern wirklich vorhandene wichtige Gründe und nicht willkürlich erfundene maßgebend sind.

Als letzte zu dieser Materie gehörende Bestimmung ist diejenige anzuführen, welche den Kassen, falls kein Vertrag mit Ärzten und Apothekern zustande kommt, im Maximum für ein Jahr an Stelle der ärztlichen Behandlung und Lieferung von Arzneien einen Barersatz zu leisten gestatten, dessen Höhe den durchschnittlichen Kosten der Krankenpflege entspricht. [1]

Nach Erledigung der ärztlichen und Apothekerfrage haben wir noch die letzte, ebenso wichtige Anerkennungsbedingung zu erörtern, nämlich die der Freizügigkeit.

Das Freizügigkeitsprinzip ist ein notwendiges Korrelat der Niederlassungsfreiheit und freien Beweglichkeit. Für dessen Wahrung muß besonders beim System der freien Kassen, welche in keinem Zusammenhange miteinander zu stehen brauchen, gesorgt werden. Das Freizügigkeitsprinzip verfolgt den Zweck, Mitgliedern von Krankenkassen, welche aus irgend einem Grunde, — sei es Wegzug, sei es Berufswechsel, — genötigt sind, ihre bisherige Mitgliedschaft aufzugeben, eine neue, den veränderten Umständen entsprechende Versicherungsgelegenheit, womöglich ohne nochmalige Zahlung des Eintrittsgeldes und ohne Einhaltung der Karenzzeit, — zu verschaffen. Das Forrer'sche Gesetz schuf öffentliche Krankenkassen, die sogen. Kreiskrankenkassen, welche einen einheitlichen Unterbau der Krankenversicherungsorganisation bilden sollten. Obligatorisch versicherte Mitglieder mußten zu jeder Zeit, an jedem Ort von

[1] Dabei gehen die Kassen des erhöhten Bundesbeitrags nicht verlustig ; s. S. 64.

diesen Kassen ohne Eintrittsgeld und ohne Beobachtung der Karenzzeit aufgenommen werden. Ähnlich verhält es sich in Deutschland und Österreich in Bezug auf obligatorisch Versicherte. Unser Gesetz kennt aber im Prinzipe keinen Versicherungszwang, es errichtet keine öffentlichen Kassen. Die freien Kassen sind und bleiben, abgesehen etwa von kantonalen und Gemeindezwangseinrichtungen, alleinige Träger der Krankenversicherung. Bis jetzt wurde den schweizerischen freien Kassen von Gesetzes wegen keine Pflicht in Bezug auf Wahrung des Freizügigkeitsprinzips auferlegt. Es läßt sich aber nicht leugnen, daß sie vieles in dieser Beziehung aus eigener Initiative geleistet haben. Vielfach sind sie von selbst miteinander in Kontakt getreten. So berichtet Herr Ständerat Usteri, daß in der deutschen Schweiz zehn Freizügigkeitsverbände mit über 100,000 Mitgliedern bestehen, welche auch wiederum miteinander in Verbindung treten und dafür sorgen, daß ihren Mitgliedern eine unmittelbare Aufnahme, d. h. eine solche ohne wiederholte Einhaltung der Karenzzeit und Eintrittsgeldzahlung, zu Teil werde. Das große Konkordat ostschweizerischer Kassen zählt heute über 135,000 Mitglieder und umfaßt einige hundert Kassen der Kantone Zürich, Thurgau, St. Gallen, Appenzell, Glarus, Baselstadt und Baselland, Graubünden und Solothurn.[1] In der französischen Schweiz überwiegt dagegen das System der « mise en subsistence », welches darin besteht, daß auch beim Fortzuge aus dem Gebiete einer Kasse der Betreffende bei ihr als Mitglied bleiben kann, nur daß der Bezug von Beiträgen und Gewährung von Leistungen von einer anderen Kasse am neuen Aufenthaltsorte für Rechnung der ersten geschieht.

Bei Beratung des neuen Gesetzes wollte der Gesetzgeber unbedingt jedem Versicherten, welcher eine bestimmte Mitgliedschaftsdauer hinter sich hat, die Versicherungsgelegen-

[1] Amtliches Bulletin der Bundesversammlung, Ständerat 1909, S. 263, Ständerat 1911, S. 33 ; Botschaft des Bundesrates S. 46.

heit bei Berufs- oder Anstellungswechsel oder beim Wegzuge auch für die Zukunft sichern. Dabei boten sich ihm zwei Lösungen : entweder die Kassen zu beauftragen, ihren wegziehenden Mitgliedern neue Versicherungsgelegenheit zu verschaffen, widrigenfalls sie genötigt wären, diese beizubehalten, — oder aber von Gesetzes wegen, unter Beobachtung gewisser Vorbedingungen, die Kassen direkt zu verpflichten, Freizügler in ihre Mitgliederreihen aufzunehmen. Beim ersten System würden die Kassen durch eigene Organisationen, nämlich durch weitere Konkordatgründungen dem Freizügigkeitsprinzip zu genügen suchen ; immerhin wäre es nicht ausgeschlossen, daß eine Reihe von Kassen davon fern bleiben würden und ihre wegziehenden Mitglieder beibehalten müßten ; auch das System der « mise en subsistence » könnte bestehen bleiben. Beide Möglichkeiten sind aber vom Standpunkte einer fortgeschrittenen Versicherung unerwünscht. Der Bezug von Beiträgen und Gewährung von Leistungen verursachen höhere Kosten und, wenn sogar diesem Übel durch die « mise en subsistence » abgeholfen wird, so bleibt doch die Kontrolle erheblich abgeschwächt. Deshalb entschloß sich der Gesetzgeber, radikal vorzugehen und wählte das zweite ihm zu Gebote stehende System. Danach kann jedes Kassenmitglied, « das statutengemäß infolge Wegzugs, Berufs- oder Anstellungsänderung austreten muß oder dessen Kasse sich auflöst oder die Eigenschaft als anerkannte Kasse verliert, ohne Rücksicht auf Alter und Gesundheitszustand und ohne Entrichtung eines Eintrittsgeldes oder Beobachtung einer Karenzzeit zu jeder anderen Kasse, deren allgemeine Aufnahmebedingungen es im übrigen erfüllt, übertreten, wenn es ohne eine Unterbrechung von mehr als 3 Monaten während mindestens einem Jahre Mitglied von Kassen gewesen ist. » Das betreffende Kassenmitglied muß also, um Vorteile der Freizügigkeit genießen zu können, die allgemeinen Aufnahmebedingungen der neuen Kasse erfüllen. In eine politische oder konfessionelle Kasse darf es somit nicht ohne weiteres

eintreten ; vielmehr muß es politisch gleich gesinnt sein, oder, soweit konfessionelle Kassen in Betracht kommen, einer bestimmten Konfession zugehören. Da aber solche Kassen den « geschlossenen » Typus darstellen und nur für bestimmte Kreise offen stehen, so bestimmt das Gesetz, daß für den Übertritt zu einer Kasse « anderer Art », also zu « offenen » Kassen, die Dauer der Mitgliedschaft bei ersteren in Bezug auf die erforderliche vorherige einjährige Mitgliedschaft nicht zu berücksichtigen sei.

Was geschieht nun, wenn ein Freizügler in eine Gegend kommt, wo nur geschlossene Kassen vorhanden sind, deren allgemeine Aufnahmebedingungen er nicht erfüllt ? In solchen Fällen ist er befugt, auch in « geschlossene » Kassen einzutreten ; es steht ihm aber noch ein anderer Weg frei : er kann die Mitgliedschaft bei seiner bisherigen Kasse beibehalten, solange er in der Schweiz wohnt, und seine Kasse kann sich wiederum der « mise en subsistence » bedienen.

Wir haben bereits erfahren, daß das übertretende Mitglied ohne Rücksicht auf Alter und Gesundheitszustand von der neuen Kasse aufzunehmen ist ; es hat dann nur diejenigen Beiträge zu entrichten, welche die Kasse von einem Eintretenden in demselben Alter allgemein für gleiche Leistungen erhebt.

Was den Rechtscharakter der Kassen und die Rechtspflegeeinrichtungen auf dem Gebiete der Krankenversicherung betrifft, so bestimmt das Gesetz darüber folgendes : die anerkannten Kassen besitzen Persönlichkeit, gleich den öffentlichen und eingeschriebenen freien Kassen des Forrer'schen Gesetzes. Sie genießen Steuer- und Stempelfreiheit, dagegen wird ihnen die Portofreiheit nicht zuerkannt, da diese schon ohnehin zu vielen Mißbräuchen Anlaß gegeben hat.

Die Versicherten haften nicht persönlich für die Verbindlichkeiten der Kassen. Der Gesetzgeber glaubt in der Bundesaufsicht und in den Bundesbeiträgen eine genügende

Gewähr dafür zu bieten, daß die Kassen ihren Verpflichtungen pünktlich und vollends nachkommen werden.

Privatrechtliche Streitigkeiten von Kassen unter sich oder mit ihren Mitgliedern, sowie mit Drittpersonen werden vom ordentlichen Richter entschieden, wenn die kantonale Gesetzgebung oder die Kassen — letztere sofern es sich um Streitigkeiten zwischen Kassen und ihren Mitgliedern handelt — keine andere Gerichtsinstanz bezeichnen. Etwa 40 % aller Kassen schlichten die Streitigkeiten mit ihren Mitgliedern durch Schiedssprüche der Generalversammlungen ; es liegt in dieser Einrichtung etwas Anormales, denn die Generalversammlungen werden dadurch zum Richter in eigener Sache. Trotzdem entschloß sich der Gesetzgeber, den Kassen ihre statutarischen Kompetenzen in dieser Beziehung nicht einzuengen, da sich die oben erwähnte Einrichtung ganz gut eingelebt und keine Mißstände gezeitigt hat. Das Forrer'sche Gesetz schrieb ein schiedsrichterliches Verfahren für Streitigkeiten aus der Krankenversicherung vor ; ein solches besteht auch in Österreich : es werden dort Streitigkeiten über Entschädigungsansprüche durch bei jeder Kasse bestehende Schiedsgerichte erledigt. M. E. ist dieser Weg demjenigen der Generalversammlungen vorzuziehen.

Zum Schlusse dieses Abschnitts seien noch die Bestimmungen über den Entzug und Erneuerung der Anerkennung angeführt.

Die Anerkennung wird einer Kasse vom Bundesrate — welcher sie auch erteilte — entzogen, wenn diese Kasse nicht auf solider finanzieller Basis steht und ihren Mitgliedern die notwendige Sicherheit nicht mehr bieten kann.

Hat eine Kasse auf Anerkennung verzichtet oder wurde ihr diese vom Bundesrate entzogen, so darf eine neue Anerkennung erst nach Ablauf von 2 Jahren erteilt werden. Es ist unumgänglich, eine längere Frist zwischen zwei Anerkennungsperioden festzustellen, um die Nachteile eines Verzichts oder Entzugs fühlbar zu machen und damit die Kassen zur dauernden Erfüllung der Anerkennungsbedingungen an-

zuspornen. Die zweijährige Zwischenpause ermöglicht außerdem dem Bundesrate, einen tiefern Einblick in die Verhältnisse der Kasse zu gewinnen und sich davon zu überzeugen, ob eine wirkliche Sanierung stattgefunden hat oder ob nur ein günstiger Stand der Dinge von vorübergehender Dauer vorliegt.

C. Aufbringung der Mittel.
(Arbeitgeberbeiträge beim kantonalen respektive Gemeindeversicherungszwang. Bundesbeiträge.)

Laut Entwurf vom Jahre 1899 sollten sich Arbeitgeber und Arbeiter zu gleichen Teilen an der Aufbringung der Versicherungsbeiträge beteiligen. Bekanntlich tragen auch in Deutschland Arbeitgeber die Hälfte und in Österreich ein Drittel der Prämienlast. Eine analoge Bestimmung fehlt im neuen Gesetze ; das Prinzip des freiwilligen Beitritts zur Versicherung macht es unmöglich, irgend etwas über die Verteilung der Lasten zu bestimmen ; nicht eine bestimmte Kategorie von Personen wird, wie es in der lex Forrer beabsichtigt war, oder in Deutschland der Fall ist, zur obligatorischen Versicherung herangezogen, nicht Arbeitgeber und Arbeiter kommen für den Gesetzgeber in Betracht, vielmehr können sich alle Schweizerbürger, ja alle in der Schweiz wohnenden Personen versichern ; das Gesetz sieht keine Gesellschaftskasse speziell vor, wenn es auch vorwiegend mit Rücksicht auf ärmere Bevölkerungskreise geschaffen wurde.

Und doch kann ein Fall zur gesetzlichen Regelung der Prämienbeteiligungsfrage Anlaß geben. Dieser Fall ist in der den Kantonen und Gemeinden erteilten Befugnis, den Versicherungszwang zu proklamieren, begründet. Höchst wahrscheinlich werden die Kantone, respective Gemeinden, wenn sie überhaupt von dieser Befugnis Gebrauch machen werden, zunächst die ärmeren Bevölkerungskreise, in erster Linie die Arbeiterschaft, zur Versicherung heranziehen ; und da wird die Frage lebendig, wie sich der Gesetzgeber gegenüber den Arbeitgebern und deren eventuellen Beiträgen zu

verhalten habe. Der bundesrätliche Entwurf war in dieser Beziehung den Arbeitern gegenüber freundlicher gesinnt als der Nationalrat. « Die Kantone sind befugt, für eine obligatorische Krankenversicherung von unselbständig erwerbenden Personen die Arbeitgeber zur Leistung von Beiträgen zu verpflichten », hieß es im Entwurfe. Obwohl dieser Standpunkt auch im Nationalrate energisch vertreten wurde, fand er keine genügende Unterstützung im Hause und mußte vor einem anderen, der seinen Gegenpol bildete, weichen. Art. 2, Abs. 1, des nationalrätlichen Entwurfs lautete : « Die Kantone sind befugt, die Krankenversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsklassen obligatorisch zu erklären, ohne jedoch die Arbeitgeber der Versicherten zu besonderen Beiträgen zu verpflichten ». Welche Gründe veranlaßten damals den Gesetzgeber, prinzipiell die Arbeitgeberbeiträge zu verwerfen ? Es wurde gesagt, man habe die Einführung des Versicherungszwangs zunächst in Gemeinden zu erwarten, wo der große Fabrikbetrieb überwiegt und ein zahlreiches fürsorgebedürftiges Proletariat vorhanden ist. Die großen Fabrikherren können leicht auf dem Steuerwege zur teilweisen Bestreitung der Versicherungskosten herangezogen werden. Neben ihnen fungieren aber auch als Arbeitgeber kleinere Gewerbetreibende und Handwerker, welche zur Tragung der Prämienlast nicht herangezogen werden dürfen, da sie ohnehin in die obligatorische Unfallversicherung zum Teil einbezogen wurden und die Last der Betriebsunfallgefahr zu übernehmen haben. [1]

Außerdem wurde folgender Umstand hervorgehoben : nach dem Forrer'schen Gesetze sollten die ersten 6 Wochen jeder durch Unfall verursachten Krankheit von den Krankenkassen zu eigener Last übernommen werden. Die neue Vorlage dagegen gestatte zwar eine Beteiligung der Krankenkassen an der Behandlung von Unfallsfolgen, aber nur auf dem Wege der Rückversicherung oder aber in Vertretung

[1] Siehe S. 71 und S. 114.

und in beiden Fällen auf Kosten der Unfallversicherungsanstalt. Dies bedeute aber eine entschiedene Mehrbelastung der Unfallversicherung, deren Kosten, wie wir sehen werden, zum größten Teile von den Arbeitgebern zu tragen sind.

Auch auf den Mangel eines Zusammenhangs zwischen Erkrankung und Arbeit wurde hingewiesen.

Von diesen und ähnlichen Erwägungen geleitet, statuierte der Nationalrat das Verbot, Arbeitgeber zur Prämienbeteiligung zu verpflichten.

Unter Bezugnahme auf eine Brochüre des Präsidenten des Gewerbevereins, Scheidegger « Neue Belastung des Arbeitgebers », und auf die durch die Deputiertenversammlung des schweizerischen Gewerbevereins in Sitten gefaßten Beschlüsse unterstützte im Ständerate Herr Leumann den nationalrätlichen und Arbeitgeberstandpunkt. Aber in diesem Hause erfuhr die Angelegenheit eine ganz andere Behandlung; die neue Fassung, die der 2. Artikel hier erhielt, lautete: « Die Kantone sind befugt, für die obligatorische Krankenversicherung unselbständig erwerbender Personen die Arbeitgeber zu einem Beitrag zu verpflichten, der nicht mehr als ein Viertel der von den Mitgliedern geleisteten Beiträge ausmachen darf. » Wenn auch — meinte der Ständerat — neben den großen Potentaten der industriellen Welt kleinere Arbeitgeber die Prämienlast zu tragen haben werden, so ist der auf sie entfallende Teil doch nicht so groß, daß er sie gefährlich schädigen könne. (Bei einem Durchschnittslohn von 1120 Fr. würde sich der Arbeitgeberbeitrag auf ungefähr 0,2 % des Lohnes bei Geld- und Naturalleistungen seitens der Kassen belaufen, um für Naturalleistungen allein auf höchstens 0,08 % zu sinken. [1])

Was nun den Zusammenhang zwischen Krankheit und Arbeit betrifft, so ist er in den meisten Fällen — wenn auch nicht in so hellem Lichte wie bei Unfällen — vorhanden.

[1] Amtliches Bulletin der Bundesversammlung, Ständerat 1909, S. 211.

Staub, Rauch, nervenreizende Getöse, Schwächung des Organismus tragen zur Erkrankung oder krankhafter Veranlagung bei. Durch die nur teilweise Heranziehung des Arbeitgebers zur Prämienbeteiligung wird übrigens dem Umstand Rechnung getragen, daß « die Krankheit auch im Berufe hervorgerufen werden kann, aber nicht muß. » (Hoffmann.) Wenn nun der Gesetzgeber den Arbeitgeber für Berufskrankheiten im Haftpflichtgesetze aus dem Fabrikbetriebe, 1881, verantwortlich machte, so erkannte er jenen Zusammenhang zwischen Betriebsarbeit und Erkrankungsmöglichkeit an ; denn was sind die sogen. « Berufskrankheiten » ? Es sind diejenigen Krankheiten, welche unmittelbar auf die Ausübung des Berufs als deren Ursache sich zurückführen lassen ; eine absolute Grenze läßt sich aber für diesen Begriff nicht ziehen ; die Betriebe varieren untereinander im Grade ihres Krankheitsrisikos ; von letzterem völlig freie gibt es kaum. Zur Unterstützung dieses Standpunktes sei angeführt, daß das deutsche Krankenversicherungsgesetz den aus mehreren Berufsarten zusammengesetzten Ortskrankenkassen gestattet, die Beiträge je nach Krankheitsgefahr abzustufen.

Die angeführten Gründe waren leider außerstande, die Arbeitgeber zu überzeugen. Letztere machten aus dem Verbot, Brodherren zur Prämienbeteiligung heranzuziehen, eine « conditio sine qua non » und so mußte man die ständerätliche Fassung fallen lassen. Der betreffende Absatz lautet endgiltig folgendermaßen : « Die Kantone sind befugt, Arbeitgeber zu verpflichten, für die Einzahlung der Beiträge ihrer in öffentlichen Kassen obligatorisch versicherten Arbeiter zu sorgen, ohne daß den Arbeitgebern die Bezahlung eigener Beiträge auferlegt werden darf ».

Nach diesen Ausführungen über die Beteiligung von Arbeitgebern bei obligatorischer kantonaler, respective Gemeindekrankenversicherung, kehren wir wieder zum Grundprinzipe der neuen Vorlage zur freiwilligen Versicherung zurück. Wir begegnen hier dem System der Bundesbeiträge. Durch Beiträge an anerkannte Kassen sucht der

Gesetzgeber den Versicherten, welche ihre Prämienlast allein zu tragen haben, diese zu erleichtern und damit die Bevölkerung zur regen Beteiligung am Versicherungswerke anzuspornen. In einigen Ländern, welche keine öffentlich organisierte Krankenversicherung besitzen und wo, wie in der Schweiz, Hilfsvereine ihren erkrankten Mitgliedern Krankenunterstützungen gewähren, wurde die staatliche Subventionierung dieser Hilfsvereine eingeführt. So z. B. in Belgien. Durch Verordnung vom 31. Dezember 1902 erhielten die Rückversicherungskassen dieses Landes staatliche Zuschüsse zugesichert, um die Deckung der Kosten zu ermöglichen, welche durch über zwei Jahre dauernde Krankheiten verursacht wurden. In Schweden erhalten die Kassen Staatszuschüsse als Beiträge zur Verwaltung. In Dänemark werden den Hilfsvereinen Staatszuschüsse je nach Mitgliederzahl und Höhe der Beiträge gewährt.

Das uns näher interessierende Bundesubventionssystem ähnelt in manchem demjenigen Dänemarks. Auch hier hat der Bund den Kassen, pro Mitglied und auf das ganze Jahr gerechnet, folgende Beiträge zu zahlen :

Fr. 3.50 für männliche und Fr. 4 für weibliche Versicherte, denen die Kasse ärztliche Behandlung und Arznei oder ein tägliches Krankengeld von mindestens einem Franken gewährt ;

Fr. 5 für Versicherte, denen die Kasse ärztliche Behandlung und Arznei und ein Krankengeld von mindestens 1 Fr. täglich entrichtet.

Der Gesetzgeber ist demgemäß bestrebt, die Versicherungsleistungen zu erhöhen, indem er für Verbindung von Geld- und Naturalleistungen Fr. 5 statt 3.50 gewährt. Diese Verbindung ist unentbehrlich, um den erhöhten Bundesbeitrag beanspruchen zu dürfen ; ein erhöhtes Krankengeld allein genügt nicht. Würde man den erhöhten Bundesbeitrag auch in diesem Falle, d. h. für ein in die Höhe geschraubtes Krankengeld allein gewähren, so könnte damit einerseits die Simulationsgefahr gesteigert werden, andererseits wäre

man bei wirklichen Erkrankungen nicht sicher, daß das Krankengeld richtig verwendet würde.

Durch Erhöhung des Bundesbeitrags für weibliche Versicherte von Fr. 3.50 auf Fr. 4 sucht der Gesetzgeber die Frauen zur regeren Beteiligung an der Krankenversicherung [1], durch Erleichterung ihrer Prämienlast, anzuspornen. Noch weiter, als die gesetzliche Bestimmung, ging der Antrag Heer; er wollte den Frauen einen Bundesbeitrag von Fr. 4.50 zuerkennen und stützte sich auf die Erfahrungen, welche in mehreren Kassen des Kantons Glarus und in der Bernischen Krankenkasse gemacht wurden. Die größere Morbidität der Frauen bedingte in all diesen Kassen weit höhere Beiträge seitens der weiblichen Versicherten [2]; da nun die Risikodifferenz zwischen Männern und Frauen durch erhöhte Bundesbeiträge ausgeglichen werden soll, so glaubte Herr Heer erst mit einer Erhöhung des Frauenbeitrags um weitere 50 Rappen den erwünschten Ausgleich herbeiführen zu können. Ohne sich diesem Antrage gegenüber prinzipiell feindlich zu verhalten, mußte ihn der Gesetzgeber mit Rücksicht auf die Bundesfinanzen ablehnen.

Was die Kinderversicherung betrifft, so erinnern wir zunächst an das im Abschnitte über Versicherungsleistungen erwähnte Verbot einer bloßen Krankengeldversicherung. [3] Werden dagegen Kinder gegen Krankheit in der Weise versichert, daß sie bei Erkrankungen ärztliche Behandlung und Arzneien beanspruchen dürfen, so gewährt der Bund einen Beitrag von Fr. 3.50.

Die Bundesbeiträge werden um je 50 Rappen für den Fall erhöht, daß sich die Kassenleistungen auf 360 Tage im Laufe von 1 ½ Jahren (statt 180 Tage im Laufe eines Jahres) erstrecken. In erster Linie wird diese Bestimmung bei der

[1] Siehe S. 37.

[2] Amtl. Bulletin der Bundesversammlung, Ständerat 1909, S. 395.

[3] Siehe S. 41.

Bekämpfung der Tuberkulose behilflich sein, indem sie die Kassen anspornt, auch Krankheiten von längerer Dauer auf sich zu nehmen. Besonders wichtig ist diese Bestimmung in einem Lande, welches keine einheitliche Invaliditätsversicherung besitzt, und, was die Schweiz anbetrifft, vermutlich noch lange nicht besitzen wird. In Deutschland wird auch bei vorübergehender, aber über 26 Wochen währender Erwerbsunfähigkeit für die Folgezeit eine Invalidenrente gewährt. Außerdem darf in Deutschland die Versicherungsanstalt, zwecks Abwendung einer durch Krankheit drohenden Erwerbsunfähigkeit, auch ohne vorherige Behandlung auf Kosten der Krankenkasse den Versicherten einem Heilverfahren unterwerfen — dabei fällt aber irgend eine Beschränkung der Behandlungszeit aus — und ihn in ein Krankenhaus oder endlich in eine Anstalt für Genesende überführen. Das sind alles Maßnahmen, welche die Krankenversicherung zu ergänzen vorzüglich geeignet sind. Da aber auf derartige Ergänzungen in der Schweiz vorläufig nicht zu rechnen ist, so ist die oben angeführte Bestimmung von großer Bedeutung.

Außer den jährlichen Beiträgen gewährt der Bund den Kassen einen Beitrag von Fr. 20 für jedes Wochenbett. Dieser Beitrag wird auf 40 Fr. für diejenigen Wöchnerinnen erhöht, welche 10 Wochen lang ihre Neugeborenen stillen.

Wir haben bis jetzt die gewöhnlichen, regelmäßigen Bundesbeiträge kennen gelernt. Das Gesetz enthält noch einige, die Gewährung dieser Beiträge regelnde Bestimmungen. So sind die Bundesbeiträge im Falle gleichzeitiger Zugehörigkeit zu mehreren Kassen an diejenige zu entrichten, welche den Versicherten am längsten beherbergt. Die Bundesbeiträge dürfen nicht über ein bestimmtes Maß hinaus (50 %) die eigentlichen Prämienbeiträge und Zuwendungen « Dritter » übersteigen, denn sonst hätten die Versicherten mit Rücksicht auf die Geringfügigkeit der aus eigener Tasche zu zahlenden Beiträge kein erhebliches Interesse mehr, gegenseitige strenge Kontrolle auszuüben und die Simulationsgefahr zu bekämpfen.

Außer den gewöhnlichen Bundesbeiträgen sind noch außerordentliche Bundessubventionen vorgesehen.

In dünn bevölkerten Gebirgsgegenden «mit geringer Wegsamkeit» leistet der Bund an die Kassen einen Gebirgszuschlag im Betrage von höchstens 7 Fr. jährlich für jedes versicherte Mitglied. Diese Bestimmung trägt tatsächlichen Bedürfnissen Rechnung. Die entlegenen Berggegenden haben mit einer Reihe von Verkehrsschwierigkeiten zu kämpfen, welche die ärztliche Hilfe sehr verteuern. Auf Grund eines die Notlage nur zur Genüge schildernden Zahlenmaterials gewannen beide Häuser die Überzeugung, der Bund müsse mit Extrasubventionen den Krankenkassen im Gebirge behilflich sein. Herr Nationalrat Muheim berichtete, daß im Kanton Glarus 35 % der Todesfälle, im Kanton Wallis 50 %, ja in einzelnen Gegenden von Graubünden sogar 80 % ärztlich unbescheinigt bleiben.[1] Wenn man bedenkt, daß diese Hilfe dem Bunde nur etwa 300,000 Fr. Mehrkosten verursacht[2] und damit vieles Leid der arbeitsamen, tüchtigen Bergbewohner gestillt wird, so muß man dieser Maßnahme zustimmen.

In solchen verkehrsarmen, dünn bevölkerten Gegenden hat der Bund auch Beiträge an Einrichtungen zu gewähren, welche die Verbilligung der Krankenpflege bezwecken. Diese Beiträge dürfen 3 Fr. auf den Kopf der beteiligten Bevölkerung jährlich nicht übersteigen. Öfters stößt die Gründung einer Krankenkasse in entlegenen Berggegenden auf unüberwindliche Schwierigkeiten, weil man nicht eine genügende Mitgliederzahl zusammenzubringen vermag, da die Verkehrsverhältnisse und auch die Gemütsanlagen der Bergbewohner für Vereinsgründungen wenig günstig sind; gelangt man aber trotzdem zur Errichtung einer Kasse, so ist der Erfolg nicht groß, weil derartige Gründungen selten ohne Beeinträch-

[1] Amtliches stenographisches Bulletin der Bundesversammlung, Nationalrat 1908, S. 316.

[2] Bericht der Ständeratskommission, S. 25

tigung des begrenzten Territorialprinzips, auf das sich die Krankenversicherung stützt, erfolgen können. In solchen Gegenden leisten die kantonalen oder Gemeindekrankenpflegeeinrichtungen gute Dienste, ja sie gewinnen sogar, mangels Kasseneinrichtungen, sehr an Bedeutung. Die Bundesbeiträge sind dazu bestimmt, derartige Einrichtungen zu gunsten des Volkswohls zu unterstützen.

Die Gegner dieser Maßnahmen beriefen sich auf deren vermeintliche Verfassungswidrigkeit. Die Bundesverfassung — meinten sie — ermächtige durch Art. 34*bis* die Bundesversammlung, die Krankenversicherung einzurichten und nicht die Krankenpflege zu fördern, welche eine Art Armenunterstützung sei, in direkten Widerspruch zum Versicherungsprinzipe trete und auf dessen Entwicklung hemmend einwirke ; wo übrigens die Gründung von Krankenkassen mit besonderen Schwierigkeiten verknüpft wäre, da käme ja der Bund durch reichliche Zusatzbeiträge (s. S. 67) zu Hilfe.

Vertreter von Berggemeinden berichteten dagegen, daß es trotz dieser Zuschläge vielfach unmöglich sein wird, Krankenkassen zu gründen. Damit aber die Förderung der Krankenpflege den Entwicklungsgang des Versicherungsprinzips nicht hemme, gestattet der Gesetzgeber dem Bundesrat, seine Unterstützungen an die Bedingung zu knüpfen, daß in einer Gemeinde trotz der bestehenden Krankenpflegeeinrichtungen eine Krankenkasse errichtet werde. Es kann nämlich eine solche Gründung in der unteren dichter bewohnten Talzone wohl möglich sein, während sie in die oberen Gebirgsregionen doch nicht — wenigstens nicht gleich — durchzudringen vermag. Was schließlich den wichtigsten Vorwurf, denjenigen der Verfassungswidrigkeit im Verhältnisse zu Art. 34*bis* der Verfassung betrifft, so ist er materiell unhaltbar. Ist es denn wirklich verfassungswidrig, wenn man sich redlich bemüht, auf anderen Wegen zum gleichen Ziele zu gelangen ? Sucht der Gesetzgeber nicht, durch obige Bestimmung den Bergbewohnern wenigstens Arznei und ärztliche Behandlung zu verschaffen ? Auf

dem Wege der Krankenpflege allerdings, wo die Krankenversicherung versagt. Was den formell-rechtlichen Standpunkt betrifft, so ließe sich die besprochene Bestimmung — um mit Herrn Ständerat Calonder zu sprechen — vielleicht auf Art. 23 der Bundesverfassung zurückführen, welcher von der Einrichtung und Unterstützung öffentlicher Werke handelt.

Weitere Bundesbeiträge sind für den Fall vorgesehen, daß Kantone oder Gemeinden den Versicherungszwang einführen und die Beiträge dürftiger Kassenmitglieder ganz oder nur zum Teil auf sich nehmen werden. In solchen Fällen hat der Bund diesen Kantonen, bzw. Gemeinden einen Dritteil ihrer Auslagen zu vergüten.

Bei allen drei Arten besonderer Bundesbeiträge hat der Bundesrat deren Höhe zu bestimmen.

Die Höhe der Bundeslasten auf dem Gebiete der Krankenversicherung wird bei einem Bestand von ungefähr 800,000 Beitragsberechtigten etwa Fr. 4,570,000 betragen. [1]

[1] Diese Summe wurde vom Nationalrat veranschlagt. Hielte man bei einem Bestand von 940,000 Beitragsberechtigten nach der ständerätlichen Kommission fest, so würden sich die Kosten des Bundes auf etwa 5,070,000 Fr. erhöhen. S. Amtliches Bulletin der Bundesversammlung, Nationalrat 1910, S. 435, 1911 S. 89.

2. Die Unfallversicherung.

. . .

A. Umfang der Versicherung. (Versicherungspflichtige und freiwillig versicherte Personen.)

B. Die Versicherungsanstalt und ihre Organe. (Vorstand. Verwaltungsrat und dessen Ausschüsse. Agenturen.)

C. Gegenstand der Versicherung. (Betriebs- und Nichtbetriebsunfälle. Berufskrankheiten. Haftpflichtversicherung.)

D. Leistungen der Versicherungsanstalt. (Ärztliche Behandlung und Arzneien. Krankengeld. Rückversicherung bei Krankenkassen. Invaliden- und Hinterbliebenenrenten.) Rentenauskauf. Kürzungen der Versicherungsleistungen. Die Ausländerfrage.

E. Aufbringung der Mittel. (Der Versicherungsfond. Kapitaldeckungsverfahren. Die Versicherungsprämien. Gefahren- und Prämientarif. Beiträge des Bundes, der Arbeitgeber und Arbeiter. Erhebung der Beiträge. Die Lohnlisten.) Die freiwillige Versicherung mit spezieller Berücksichtigung der Landwirtschaft.

F. Rechtspflege. Wegfall der Haftpflichtgesetze. Inkrafttreten des Obligationenrechts. Ansprüche der Anstalt und der Versicherten an Drittpersonen. Art. 341 des O.-R.

A. **Umfang der Versicherung.**
(Versicherungspflichtige und freiwillig versicherte Personen.)

Dem Forrer'schen Gesetzesentwurf wurde vor allem eine bureaukratische Färbung und eine übermäßige Tendenz zur Verallgemeinerung vorgeworfen ; Landwirtschaft, Handwerk und Hausindustrie lehnten sich gegen dessen umstürzlerische Bestrebungen auf ; es erhoben sich Proteststimmen gegen den Versuch, mit einem Schlage sanierend und regelnd einzugreifen, die Versicherungspflicht auf alle unselbständig erwerbenden Personen auszudehnen und damit Gewerbezweige und Betriebsarten zu treffen, bei denen das Bedürfnis danach noch nicht vorhanden war. Das Mißgeschick des Gesetzes

vom 5. Oktober 1899 ist für den heutigen Gesetzgeber lehrreich gewesen. Er weiß, daß nur ein Versicherungsgesetz auf Anerkennung rechnen darf, welches mit aller Vorsicht verfaßt wird, und er opfert gewisse allgemeine ideale Gesichtspunkte, um konkreten, voll ausgereiften Bedürfnissen eine billige Befriedigung zu verschaffen. Mit anderen Worten: er entschloß sich, schrittweise vorzugehen und zu allererst die Versicherungspflicht nur auf diejenigen Unternehmungen auszudehnen, welche bereits der Haftpflichtgesetzgebung unterworfen waren.

Der Versicherungspflicht unterliegen gemäß Artikel 38 « alle in der Schweiz beschäftigten Angestellten und Arbeiter:

1. der Eisenbahn- und Dampfschiffahrtsunternehmungen und der Post (Haftpflichtgesetz vom 28. März 1905, Art. 18 des Bundesgesetzes über das Postregal);

2. der dem Bundesgesetze betreffend die Arbeit in den Fabriken vom 23. März 1877 unterstellten Betriebe (Haftpflichtgesetz vom 25. Juni 1881);

3. der Unternehmungen, die

a) das Baugewerbe,

b) die Fuhrhalterei, den Schiffsverkehr, die Flößerei,

c) die Aufstellung oder Reparatur von Telephon- oder Telegraphenleitungen, die Aufstellung oder den Abbruch von Maschinen, die Ausführung von Installationen technischer Art,

d) den Eisenbahn-, Tunnel-, Straßen-, Brücken- oder Brunnenbau, die Erstellung von Leitungen oder die Ausbeutung von Bergwerken, Steinbrüchen oder Gruben zum Gegenstand haben.

4. der Unternehmungen, in denen explodierbare Stoffe gewerbsmäßig erzeugt oder verwendet werden. »

Beide, unter 3 und 4 verzeichneten Kategorien von Unternehmungen waren bis jetzt dem Haftpflichtgesetze vom 20. April 1887 unterstellt. Immerhin war für dessen Geltung im Baugewerbe, Flößerei, Schiffsverkehr und allen anderen oben angeführten Unternehmungen mit Ausnahme derjenigen, in welchen explodierbare Stoffe zur Anwendung gelangen,

eine regelmäßige Beschäftigung von mehr als 5 Personen vorausgesetzt. Beide Räte waren sich einig darüber, diese Mindestzahl von Arbeitern fallen zu lassen. Im Hinblick auf viele seitens des Kleingewerbes aufgestellten zum Teil berechtigten Forderungen und laut gemachten Klagen ist dieser Maßnahme beizustimmen. Die im Haftpflichtgesetze enthaltene Beschränkung übte einen ungünstigen Einfluß auf die Rekrutierung des Arbeiterpersonals im Kleingewerbe aus, indem sich bessere Arbeitskräfte in haftpflichtige Unternehmungen drängten, wodurch die Konkurrenzfähigkeit der kleineren Betriebe im Wettkampfe stark bedroht wurde.

Während laut deutschem Unfallversicherungsgesetz außer den Arbeitern nur Betriebsbeamte versicherungspflichtig sind, deren Jahresverdienst 3,000 M. nicht übersteigt, sind alle Angestellten der oben genannten Betriebe in der Schweiz, ohne Rücksicht auf die Höhe ihrer Gehälter, versicherungspflichtig. Es ist zwar im Gesetze von einem Maximum des Tages respective Jahresverdienstes die Rede, aber dieses ist nur für die Berechnung des Krankengeldes und der Renten von Bedeutung, nicht aber für die Versicherungspflicht.

In Übereinstimmung mit der deutschen Unfallversicherung unterliegen Lehrlinge, Volontäre und Praktikanten der Versicherungspflicht.

Streitigkeiten darüber, ob ein Betrieb in die Kategorie der versicherungspflichtigen gehöre, werden vom Bundesrate entschieden. Der Bundesrat eignet sich am besten zur Schlichtung derartiger Streitfragen, weil er schon bisher nach den Haftpflichtgesetzen zu entscheiden hatte, ob ein Betrieb fabrikmäßig betrieben sei und dementsprechend der Fabrikhaftpflicht unterliege.

Wenn auch der Gesetzgeber sich gezwungen sah, von einem weiter gehenden Obligatorium abzusehen, so war ihm doch der Gedanke fremd, mit dem Versicherungszwang einzelner Berufszweige das ganze Problem endgültig zu lösen. Im Gegenteil, es ist sein aufrichtiger Wunsch, daß der Versicherungsgedanke sich immer mehr neue Anhänger in allen

Bevölkerungsschichten gewinnen möge ; deshalb eröffnet er auch allen gastfreundlich die Pforten der Unfallversicherungsanstalt. So lesen wir unter dem Titel « freiwillige Versichrung » : « Die Anstalt versichert auf Begehren gegen Unfälle jede nicht obligatorisch versicherte Person, die das vierzehnte Altersjahr zurückgelegt hat, so lange sie in der Schweiz wohnt. » Es wäre sonst höchst ungerecht gewesen, viele Hunderttausende der Vorteile einer Versicherungsgelegenheit in jener großen Anstalt zu berauben (und sie damit dem « Privatmonopol » auszuliefern). Auch die deutschen Unfallversicherungsgesetze kennen die freiwillige Versicherung. Da aber in Deutschland als Träger der Versicherung Berufsgenossenschaften fungieren, so begegnen wir dort einem abgeschlossenen Personenkreise : zur freiwilligen Versicherung in einer Berufsgenossenschaft dürfen Unternehmer der entsprechenden Berufe mit einem Einkommen, das 3,000 M. nicht übersteigt, sowie solche, welche regelmäßig nicht mehr als zwei Lohnarbeiter beschäftigen, beitreten, während andere Unternehmer, d. h. solche mit höherem Einkommen oder größerer Arbeiterzahl, einer vorherigen statutarischen Ermächtigung hiezu bedürfen. Ferner dürfen durch die genossenschaftlichen Statute zur Versicherung zugelassen werden : im Betriebe beschäftigte aber nicht versicherungspflichtige Personen (z. B. Betriebsbeamte mit einem 3,000 M. übersteigenden Einkommen), im Betriebe nicht beschäftigte aber die Betriebsstätte besuchende oder dort verkehrende Personen, sowie Organe und Beamte der Berufsgenossenschaften. Das Gewerbeunfallversicherungsgesetz spricht das Recht freiwilliger Versicherung auch Hausindustriellen zu. Vergleicht man die angeführten, ins einzelne eingehenden deutschen Bestimmungen mit der allgemein gefaßten Bestimmung unseres Gesetzes, so ersieht man, wie eine verschiedenartige Organisierung der Versicherung (Berufsgenossenschaften einerseits, zentrale Anstalt andererseits) eine ebenso von einander abweichende Behandlung der freiwilligen Versicherung in beiden Ländern nach sich ziehen mußte.

Allem Anschein nach wird in der freiwilligen Versicherung die Landwirtschaft am zahlreichsten vertreten sein. Die von den beiden großen Unfallversicherungsgesellschaften «Winterthur» und «Zürich» bekanntgegebenen Zahlen liefern Beweise dafür: es wurden bis jetzt bereits etwa 7,000 Versicherungsverträge und zwar Kollektivverträge für ebenso viele landwirtschaftliche Betriebe mit diesen Gesellschaften abgeschlossen. [1]

B. Die Versicherungsanstalt und ihre Organe. (Vorstand. Verwaltungsrat und dessen Ausschüsse. Agenturen.)

Die Unfallversicherung wird nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Gesetzes von einer zentralen Anstalt, der «Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt» («Etablissement suisse d'assurance contre les accidents», «Instituto svizzero di assicurazione contro gli unfortuni») betrieben. Diese Anstalt besitzt Persönlichkeit (des Zivilrechts), genießt eine weitgehende Steuer-, Stempel- und Portofreiheit und hat ihren Sitz in Luzern. «Nous sommes un pays de décentralisation et dès lors nous devons chercher à répartir nos grands instituts sur l'ensemble du territoire, au lieu de les concentrer sur un seul point.» — mit diesen Worten begründete bei Beratung des Forrer'schen Gesetzes Herr Comtesse, damaliger Präsident der nationalrätlichen Kommission, die Wahl Luzerns als Sitz der zu errichtenden Versicherungsanstalt.

Die schweizerische Unfallversicherungsanstalt wird von einem Vorstande geleitet, verwaltet und nach außen vertreten. Die Vorstandsmitglieder werden vom Bundesrate auf den unverbindlichen Vorschlag des Verwaltungsrats gewählt. Der Verwaltungsrat ist dasjenige Organ, welches die Anstalt eines reinen Staatscharakters zu berauben und ihr das Gepräge einer auf Gegenseitigkeit beruhenden Ein-

[1] Amtliches Bulletin der Bundesversammlung, Ständerat 1910, Seite 54.

richtung zu verleihen bestimmt ist. « Er besteht aus 40 Mitgliedern, nämlich aus :

12 Vertretern der obligatorisch Versicherten, 16 Vertretern der Inhaber privater Betriebe, die obligatorisch Versicherte beschäftigen, 4 Vertretern der freiwillig Versicherten, 8 Vertretern des Bundes.

Die Mitglieder des Verwaltungsrats werden vom Bundesrate nach Anhörung derjenigen Berufsverbände, die sich über einen großen Teil des Landes erstrecken, jeweilen für eine Amtsdauer von 6 Jahren gewählt. Der Verwaltungsrat konstituiert sich selbst. » Daraus ersehen wir, daß der Gesetzgeber ernst bestrebt war, der Anstalt diejenigen Nachteile möglichst zu ersparen, welche zentralisierte Erinnerungen leider nur zu oft zum Vorschein bringen, indem er ihr ein Selbstkonstitutionsrecht gewährte und unmittelbar an ihrem Gedeihen interessierte Kreise zur Mitverwaltung heranzog. Dies wird uns noch mehr einleuchten, wenn wir die weitgreifenden Befugnisse des Verwaltungsrats kennen gelernt haben werden. Vorher aber ist darüber näher zu berichten, welche Wandlungen der zitierte Artikel im Laufe der Verhandlungen erfuhr. Der Bundesrat setzte einen aus 30–40 Mitgliedern bestehenden Verwaltungsrat fest, wobei Vertreter der obligatorisch Versicherten, der Arbeitgeber und der freiwillig Versicherten von den Beteiligten selbst gewählt werden sollten ; für die Zahl der Vertreter jeder Kategorie im Verwaltungsrate sollte deren Anteil an der gesamten Prämienlast ausschlaggebend sein. Dieses demokratische Prinzip der Urwahlen erwies sich sehr bald als undurchführbar. Denn auf welche Weise und mit welchen Mitteln wäre es möglich gewesen, diese großen Wählermassen zusammenzubringen ? Besondere Schwierigkeiten würde dabei die Arbeiterschaft als Wahlkörper bereiten, nachdem im Nationalrate das System der « Lohnlisten » eingeführt wurde. Dieses System verfolgt den Zweck, den Versicherungsmechanismus zu vereinfachen und hat zur Folge, daß die Versicherungsanstalt ihre obligatorisch Versicherten gar nicht kennt ; sie

tritt mit dem Einzelnen erst dann in Berührung, wenn er einen Unfall erlitten hat.[1] In Würdigung der genannten Schwierigkeiten entschloß sich der Nationalrat, vom System der Urwahlen abzusehen und die Wahl der Verwaltungsratsmitglieder dem Bundesrate zu überlassen ; immerhin schrieb er eine vorherige Anhörung der beteiligten Kreise vor. Was die Zahl der Mitglieder betrifft, so stellte der Nationalrat feste Zahlen nur für Vertreter der Arbeitgeber der obligatorisch Versicherten und des Bundes auf ; die Vertreterzahl von freiwillig Versicherten sollte sich dagegen allemal nach ihrem Anteil am Gesamtprämienbetrage richten, ohne jedoch ein Drittel der Gesamtzahl zu übersteigen. Eine Berechtigung für diese Beschränkung glaubte der Nationalrat in dem verschiedenartigen Verhältnis der obligatorisch und freiwillig Versicherten zur Anstalt zu finden ; was würde nämlich geschehen — meinte die Mehrheit des Hauses — wenn eine Majorität der freiwillig Versicherten die Interessen der anderen Gruppe zu schädigen beginne ? Eine allerdings peinliche Frage, deren Beantwortung auf große Schwierigkeiten stößt. Die obligatorisch Versicherten könnten in solchen Fällen eine andere Versicherungsgelegenheit nicht suchen, da sie an die Anstalt gesetzlich gebunden sind. Glücklicherweise fand der Ständerat eine Lösung der ganzen Angelegenheit, welche manche unerwünschte Eventualitäten aus dem Wege schafft. Es sollen nämlich in der zukünftigen Unfallversicherung von einander getrennte Abteilungen geführt werden, wodurch für jede Abteilung eine selbständige Risikodeckung durch die ihr allein zufallenden Prämien erzielt wird ; eine solche Abteilung wird die freiwillige Versicherung für sich bilden, damit schwinden auch die befürchteten Gefahren. Wenn also in dieser Beziehung der Ständerat seine eigenen Wege wanderte und die Vertreterzahl jeder Kategorie von Interessierten fest umschrieb, so verblieb er in Bezug auf das Wahlverfahren auf nationalrätlichem

[1] Siehe das Kapitel über « Aufbringung der Mittel », S. 121.

Boden. In den Verwaltungsrat werden Vertreter nach Anhörung größerer Berufsverbände vom Bundesrate gewählt. Würde man im Ständerate den Antrag Heer (Wahl der Vertreter durch diejenigen Berufsverbände, welche mit ihrer Mitgliederzahl den erforderlichen Wahlquotient erreichen) angenommen haben, so könnte leicht eine gefährliche Majorisierung derschwächeren, wenig oder gar nicht organisierten Berufe durch größere Organisationen eintreten, indem nur letztere durch ihre Wahlen einen unmittelbaren Einfluß auf die Besetzung des Verwaltungsrats gewinnen würden. Kleinere Berufsverbände kämen für die Wahlen gar nicht in Betracht.

Worin besteht nun die Tätigkeit des Verwaltungsrats ? Welche sind seine Befugnisse ?

Zu den Befugnissen des Verwaltungsrats gehören :

a) der Erlaß der Reglemente über die Organisation der Anstalt (das oben erwähnte Selbstkonstitutionsrecht) ;

b) die Antragstellung an den Bundesrat über den Bestand und die Wahl des Vorstands (eine Befugnis, deren eminente Bedeutung unverkennbar ist) ;

c) die Wahl der Ausschüsse des Verwaltungsrats (solche Ausschüsse sind sehr erwünscht, um durch Spezialisierung die Tätigkeit des Verwaltungsrats produktiver zu gestalten) ;

d) die Aufstellung der Gefahrenklassen, der Gefahrenstufen und der Prämientarife ;

e) die Aufstellung der Grundlagen für die Berechnung der Deckungskapitalien ;

f) der Entscheid über Rekurse betreffend die Zuteilung der Betriebe und der Versicherten zu den Gefahrenklassen und Gefahrenstufen ;

g) die Antragstellung über die Bedingungen der freiwilligen Versicherung und der Haftpflichtversicherung (zu *d*, *e*, *f* und *g* s. Abschnitt « Aufbringung der Mittel ») ;

h) die Ordnung der Mitwirkung der Kassen ;

i) die Feststellung des jährlichen Voranschlags der Verwaltungskosten (s. « Aufbringung der Mittel ») ;

k) die Prüfung und Genehmigung der Jahresrechnung und des Jahresberichts ;

l) die Aufsicht über den Betrieb der Anstalt. Letztere zwei Befugnisse sind gleich *lit. a* Ausfluß der Autonomie der Anstalt. Der Bundesrat übt dabei nur Oberaufsicht aus, hat die Reglemente der Anstalt zu genehmigen und die Jahresrechnung nochmals zu begutachten.

Wenn man bedenkt, daß die oben angeführten weitgehenden Befugnisse einem Organe zukommen, welches, wie der Verwaltungsrat aus Vertretern der Interessenten besteht, so kann man ruhig sagen, die Unfallversicherungsanstalt wird vom Typus der bureaukratischen, schwerfälligen Anstalten weit entfernt sein. [1]

Als weitere Organe der Anstalt sind Agenturen, die « dezentralisierten Organe der Unfallversicherungsanstalt » zu erwähnen, welche in einzelnen Landesteilen errichtet werden, wobei jeder Kanton eine Agentur für sich beanspruchen darf. Die Agenten haben die Anstalt in der Periphärie nach den ihnen erteilten Befugnissen zu vertreten und bedeuten keine neue Einrichtung gegenüber dem Forrer'schen Gesetze, nach dem eine Reihe von Inspektoraten zum etwaigen Bezug von Prämien, Annahme von Anmeldungen über Unfälle, Untersuchungen derselben usw. errichtet werden sollte. Gleiche Tätigkeit liegt den Agenturen ob ; als solche wurden vom Gesetze unter anderen auch Krankenkassen ausersehen, Dank der ihnen zur Verfügung stehenden Kontrollmittel eignen sie sich zu diesem Zwecke vorzüglich. Außer den oben erwähnten Diensten kann sich auch die Anstalt bei Ausrichtung von Leistungen gegen Ersatz der Kosten und angemessene Vergütung für Mühewaltung von den Krankenkassen vertreten lassen. Den Tarif für derartige

[1] Wir bringen nochmals in Erinnerung, daß auch die lex Forrer einen Versicherungsrat schuf, in welchem Vertreter der Arbeitgeber und Versicherten mitbeteiligt sein sollten ; aber dieser Rat hatte in wichtigeren Verwaltungsangelegenheiten nur beratend mitzuwirken.

Vergütungen hat nach Anhörung von Kassenvertretern der Bundesrat und nicht die Anstalt selbst zu bestimmen, um dadurch den Kassen eine selbständigere Stellung gegenüber der Anstalt zu verschaffen.

Auch deutsche Berufsgenossenschaften suchen sich öfters durch dezentralisierte Einrichtungen, wie Sektionen und Vertrauensmänner zu helfen.

Endlich seien noch als Mithelfer der Anstalt größere Berufsverbände erwähnt. Sie können auf eigenes Begehren von der Anstalt angehört werden: über die Aufstellung der Gefahrenklassen und Prämientarife, Maßnahmen zur Unfallverhütung, Aufstellung der Grundlagen für die Berechnung der Deckungskapitalien und die nähere Regelung der freiwilligen sowie Haftpflichtversicherung, — alles Funktionen, bei denen die Verbände dank ihrem beruflichen Charakter und Erfahrungen mit Erfolg zu Rate gezogen werden können.

Wir wissen bereits, daß eine zentrale Versicherungsanstalt errichtet wird. Diese bleibt auf dem Gebiete der obligatorischen Versicherung von irgend welcher Konkurrenz völlig frei.

In Deutschland wurde bekanntlich das Versicherungsgeschäft Berufsgenossenschaften überlassen; es unterliegt keinem Zweifel, daß dies die geeignetste Organisationsform auf dem Gebiete beruflicher Unfälle ist. Die Berufsgenossenschaften bilden abgeschlossene, selbständige Korporationen, welche das ihnen eigene Unfallrisiko mit eigenen Mitteln zu decken haben; sie sorgen für Beachtung der vorgeschriebenen Verhütungsmaßregeln, organisieren schärfere gegenseitige Kontrolle, sowie gegenüber simulierenden Arbeitern; sie sind auch in der günstigen Lage, die verschiedenen Gefahrengrade und dementsprechend die Prämienhöhen, dank reichlichem Orientierungsmaterial und größeren Fachkenntnissen, richtig zu taxieren. Trotz all dieser Vorteile sah sich der Gesetzgeber genötigt, von Berufsverbänden als Trägern der Versicherung abzusehen. Was für Deutschland paßt, ist nicht immer für die Schweiz geeignet. Auf dem relativ kleinen

Territorium der Eidgenossenschaft wären Berufsverbände, welche solide Grundlagen für diese Art von Versicherung bieten könnten, Ausnahmefälle. Vom gleichen Gesichtspunkt ausgehend, erachtete der Gesetzgeber eine kantonale Organisation der Unfallversicherung etwa nach österreichischem Muster der Territorialanstalten für unangebracht. [1]

So fiel seine Wahl auf den Typus der zentralen Anstalt. Daß überhaupt irgend ein neues Institut geschaffen werden mußte, ist von der Einführung des Versicherungszwangs abzuleiten. Den obligatorisch versicherten Mitgliedern mußte doch wenigstens eine Versicherungsgelegenheit für alle Fälle verschafft werden. [1] (Die privaten Gesellschaften sind bekanntlich in der Wahl und bei Aufnahme der Versicherten frei.)

Es blieb nur noch eine Frage zu entscheiden : dürfen oder vielmehr sollen auch private Unfallversicherungsgesellschaften zur Konkurrenz zugelassen werden ? Die Antwort lautete : Nein ! im Nationalrate, und nein ! im Ständerate. Und doch fand der Monopolgedanke viele einflußreiche Gegner in und außerhalb der Räte. An ihrer Spitze standen die großen Versicherungsgesellschaften « Helvetia », « Winterthur » und « Zürich », unterstützt von der Züricher'schen Handelskammer, dem schweizerischen Handels- und Industrieverein usw.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß die bestehenden Gesellschaften mit positiven Resultaten die Unfallversicherung betrieben haben und sie den Bedürfnissen einzelner Interessengruppen sehr gut anzupassen verstanden (es genügt wiederum, auf die rege Beteiligung der Landwirtschaft an der Unfallversicherung zu erinnern !). Würde man, sagen die Gegner des Monopolgedankens, die Versicherungsanstalt mit einem Bundesbeitrag unterstützen, ohne denselben den Gesellschaften zu gewähren, und wären letztere trotzdem imstande,

[1] Bemerkenswert ist, daß Norwegen, ein Land mit etwa 2,5 Mill. Einwohnern auch eine zentrale Versicherungsanstalt eingeführt hat.

die Konkurrenz mit der begünstigten Anstalt auszuhalten, so würde es einen Mißbrauch bedeuten, diese wirtschaftlich prosperierenden und leistungsfähigen Unternehmungen zu schädigen, ihnen viele Versicherungsgelegenheiten zu entziehen, nur weil sie vielleicht mit größerer Leichtigkeit und Geschicklichkeit als der schwerfällige Apparat der Monopolanstalt wirtschaften. So sehr dieser Vorwurf auf den ersten Blick als berechtigt erscheinen mag, läßt er sich doch widerlegen. Wenn auch die Versicherungsgesellschaften sogar ohne Bundesbeiträge mit der Anstalt konkurrieren könnten, so ließe sich diese Konkurrenzfähigkeit aus dem ungleichen Wirkungskreise beider Typen erklären: die Versicherungsgesellschaften schließen auch andere Geschäfte und nicht nur in der Schweiz ab, aus denen sie erhebliche Gewinne einheimsen, während die Anstalt an ein bestimmt abgegrenztes Wirkungsgebiet gebunden ist. Was aber die angedeutete Schwerfälligkeit der Anstalt betrifft, so können wir sie, nachdem so vieles über die Bemühungen des Gesetzgebers, die Anstalt mit einem möglichst elastischen Behörden-Organismus zu versehen, gesagt wurde, außer Spiel lassen.

Eine einzige zentrale Anstalt bietet den Versicherten die Möglichkeit, sich billiger und unter günstigeren Bedingungen zu versichern. Bestimmte allgemeine Verwaltungskosten bleiben ja, unabhängig von der Mitgliederzahl, unverändert, und je größer die Mitgliederzahl ist, ein desto geringerer Kostensatz wird auf jede einzelne Prämie aufgeschlagen. (Das « ökonomische Prinzip der Versicherung ».) Man muß dabei im Auge behalten, daß die Schweiz schon an sich ein kleines Land ist und daß die Mitwirkung mehrerer Gesellschaften das ökonomische Prinzip stark beeinträchtigen würde. Diese Gesellschaften würden außerdem durch eine Reihe von Lock- und Reklamemitteln, welcher sich die Anstalt nicht recht bedienen könnte, die besseren, gesünderen Elemente an sich ziehen und der Anstalt alle größern Risiken überlassen; damit wäre auch die wirtschaftliche Solidität der Anstalt erheblichen Gefahren ausgesetzt. Aber auch im Falle gleich-

mäßiger Risikoverteilung könnte sich die Anstalt am Anfang nur schwerlich im Konkurrenzkampfe behaupten; es würde ihr an Erfahrung mangeln, über die die Versicherungsgesellschaften reichlich verfügen. Um eventuelle Ausfälle zu decken, müßte sie die Prämien erhöhen, und das würde sie wiederum in ihrem Gedeihen hemmen. Aus dem Gesagten ersehen wir, wie einerseits eine zentrale Anstalt dazu geeignet ist, billiger zu wirtschaften, wie ihr aber andererseits die Konkurrenz das Leben schwer machen kann. Dies soll aber nicht geschehen, schon im Interesse der Versicherten nicht.

Zu den Gefahren einer Konkurrenzwirtschaft gesellt sich noch ein wichtiger Umstand, welcher ebenfalls zu Gunsten der zentralen, konkurrenzlosen Wirtschaft spricht. Wir wissen schon zum Teil, werden aber im nächsten Abschnitte weiteres darüber erfahren, wie sehr bedeutende Dienste in der Unfallversicherung von den Krankenkassen geleistet werden können; ob nun die privaten Versicherungsgesellschaften mit den vielen, verschieden gearteten Kassen zu einer ebenso vollkommenen und ersprießlichen Verbindung gelangen würden, wie sie von der Unfallversicherungsanstalt auf Grund der gesetzlichen Bestimmungen zu erwarten ist, ist sehr zweifelhaft.

Dies waren die ansehnlichsten Gründe, welche den Gesetzgeber veranlaßten, eine monopolistische Anstalt für die obligatorische Unfallversicherung zu schaffen. Auf dem Gebiete der freiwilligen Versicherung bleibt dagegen der freie Wettbewerb bestehen.

C. Gegenstand der Versicherung.
(Betriebs- und Nichtbetriebsunfälle. Berufskrankheiten. Haftpflichtversicherung.)

Die Anstalt versichert gegen Betriebs- und Nichtbetriebsunfälle. Daß Nichtbetriebsunfälle ebenfalls in die Versicherung und zwar auch in die obligatorische Versicherung einbezogen wurden, ist allerseits freundlich zu begrüßen,

da sie gleiche wirtschaftliche Schäden nach sich ziehen, wie die Betriebsunfälle. Wenn auch vom Anfang an, schon bei den ersten Lesungen, die Aufnahme von Nichtbetriebsunfällen in die Versicherung beschlossen wurde, so geschah es doch, besonders im Nationalrate, nicht ohne eine gewisse Scheu vor dem « Sprung ins Dunkle », wie die Gegner dieser Bestimmung zu sagen pflegten. Der Grund ihrer Befürchtungen läßt sich leicht ausfindig machen. Laut nationalrätlichem Entwurfe sollte eine Gesamtprämie zur Deckung beider Unfallsarten erhoben werden, an der sich Bund, Arbeitgeber und Versicherte folgenderweise zu beteiligen hatten : der Bund mit einem halben Lohnprozente, Arbeitgeber zu $^3/_4$, Arbeiter zu $^1/_4$ der Restprämie. Obwohl die Anteile des Bundes und der Versicherten, welche zur Deckung der Nichtbetriebsunfälle bestimmt waren, im Durchschnitt 37 % der Gesamtprämie betragen würden, und andererseits die Unfallstatistik 1888–1891 für die durch Nichtbetriebsunfälle herbeigeführten Schäden nur geringe Zahlen aufwies — etwa 18 % des Gesamtbetrages der Unfallsschäden [1] — so glaubten doch Vertreter des Arbeitgeberstandes einer großen Gefahr ausgesetzt zu sein ; sie erwarteten von der Aufnahme der Nichtbetriebsunfälle unberechenbare Folgen, welche die Kosten des Versicherungsgeschäftes und damit auch die Prämien in die Höhe treiben würden. Sie betonten die gesteigerte Simulationsmöglichkeit bei Nichtbetriebsunfällen, beriefen sich auf die statistischen Angaben der Unfallversicherungsgesellschaft « Winterthur », wonach sich Betriebsunfälle zu Nichtbetriebsunfällen wie 60 : 40 verhalten, und das eingeschüchterte Haus sah sich gezwungen, folgende Übergangsbestimmung ins Gesetz aufzunehmen : « Sollte das Verhältnis der Unfallgefahr der Nichtbetriebsunfälle zu derjenigen der Betriebsunfälle sich als wesentlich größer herausstellen, als das Verhältnis des Anteils des Arbeiters und des Bundesbeitrags zusammen zur Gesamtprämie, so kann der Verwal-

[1] Botschaft des Bundesrates, S. 90.

tungsrat mit Zustimmung der Bundesversammlung den Anteil des Arbeiters an derselben entsprechend erhöhen oder die Leistungen für die Nichtbetriebsunfälle oder einzelne Arten derselben herabsetzen. »

Was die Simulation betrifft, so ist es leider eine traurige Tatsache, daß man mit ihr immer und überall zu tun hat. Will man eine Versicherung schaffen, die richtig und zweckmäßig funktioniert, so soll man nicht an eine völlige Vertreibung der Simulationsgefahr denken, denn unehrliche Leute wird es immer geben, sondern vielmehr danach trachten, sie erfolgreich zu bekämpfen. Dies tut auch unser Gesetz zur Genüge : es kürzt die Entschädigungen von Bösewichten und fahrlässigen Leuten, enthält Strafbestimmungen, sieht eine Rückversicherung bei den mit besseren Kontrollmitteln ausgerüsteten Krankenkassen und deren Agenturtätigkeit vor, räumt den Versicherten einige Plätze im Verwaltungsrate ein und führt zu einer gegenseitigen Beaufsichtigung, indem es ihre Taschen in Anspruch nimmt und ihr Interesse für das Gedeihen der Anstalt damit zu wecken bestrebt ist. Mit diesen Mitteln kann das Gesetz der Simulationsgefahr ersprießlich entgegenwirken.

Wenn den Arbeitgebern die Unfallstatistik 1888–1891 veraltet und unzuverlässig erschien, so ist es allerdings zuzugeben, daß sie damit gewissermaßen Recht hatten. Ungenau war diese Statistik sicher ; ein großer Teil der Nichtbetriebsunfälle blieb schon aus dem Grunde unermittelt, weil sie nicht versichert und auch nicht Gegenstand der Haftpflichtgesetzgebung waren. Was aber die Zahlen der Unfallversicherungsgesellschaft « Winterthur » betrifft (60 : 40), so sind sie für unseren Fall nicht maßgebend ; sie beziehen sich auf Stände, die ein viel bewegteres Leben führen als die obligatorisch versicherten Arbeiter, weil letztere fast den ganzen Tag hindurch bei der Betriebsarbeit verweilen und nur für kürzere Zeiträume den Nichtbetriebsunfallgefahren ausgesetzt sind. Von größerer Wichtigkeit dagegen waren für den Gesetzgeber die in solchen Kassen, wie z. B. die Hilfskassen S. B. B., die

Baugewerbekasse Zürich etc. mit der Versicherung von Nichtbetriebsunfällen erzielten Resultate. Diese Resultate sind aber ungeeignet, irgend welche Angst in Bezug auf finanzielle Lasten einzuflößen, indem sie sich in relativ niedrigen Prämiensätzen ausdrücken. (S. Amtliches Bulletin der Bundesversammlung, Ständerat 1910, S. 29). Darauf gestützt, gelangte die ständerätliche Kommission zur Aufstellung eines durchschnittlichen Prämiensatzes für Nichtbetriebsunfälle in der Höhe von 0,55 Lohnprozenten.[1] Daraus ersehen wir, daß im großen und ganzen schon der Bundesbeitrag an sich allein (laut Nationalrat ½ % des Lohnes) zur Aufbringung der Mittel für diesen Teil der Unfallversicherung genügen würde, und daß die Befürchtungen der Arbeitgeber, soweit sie allgemeiner Natur waren, unbegründet waren.

Der Ständerat entschloß sich trotzdem, eine wesentliche Änderung ins nationalrätliche System einzuführen. Er beschloß nämlich, die Prämien für Betriebs- und Nichtbetriebsunfälle zu trennen. Die für ihn ausschlaggebenden Motive lassen sich folgenderweise zusammenfassen : zunächst stimmte er mit der Ansicht des Nationalrats und Bundesrats völlig überein, daß für Betriebsunfälle Arbeitgeber allein aufzukommen haben, während der Bundesbeitrag sowie Prämien der Versicherten das Risiko aus Außerbetriebsunfällen zu decken bestimmt seien. Würde man aber beim System der Gesamtprämie beharren, so könnte, wegen des variierenden Verhältnisses zwischen beiden Gefahrenarten, vielfach ein ganz unerwünschtes Resultat erzielt werden : Verwendung des Bundesbeitrags und der Prämienanteile des Versicherten zum Teil auch zur Deckung des Betriebsunfallrisikos oder umgekehrt eine Heranziehung des Arbeitgebers zur Tragung der Kosten aus der Versicherung von Nichtbetriebsunfällen, letzteres allerdings nur in seltenen Fällen. Es sei demgemäß verfehlt zu bestimmen, daß die Prämie zu $^3/_4$ und $^1/_4$ von den Arbeitgebern und Versicherten zu tragen

[1] Bericht der ständerätlichen Kommission, S. 11.

sei, da zwischen beiden Gefahrenkategorien irgend ein festes Verhältnis fehle. Von dieser richtigen Auffassung ausgehend, schuf der Ständerat in der Unfallversicherungsanstalt getrennte Abteilungen für Betriebs- und Nichtbetriebsunfälle, so wie er die obligatorische von der freiwilligen Versicherung trennte — und verfolgte damit den Zweck, die Kosten jeder Abteilung durch für sie allein bestimmte Beiträge zu bestreiten. Dieser Lösung schloß sich späterhin auch der Nationalrat an, und die oben angeführte nationalrätliche Übergangsbestimmung wurde dadurch überflüssig gemacht (s. S. 83).

Als konsequente Folge der Trennung in Abteilungen begegnen wir im Gesetze einer ausführlichen Umschreibung des Begriffs « Betriebsunfälle ». Durch diese Umschreibung wird vom Gesetzgeber gleichzeitig klargelegt, daß alle übrigen Unfälle unter die Rubrik « Nichtbetriebsunfälle » gehören.

Als Betriebsunfälle gelten diejenigen Körperverletzungen, die einem Versicherten zustoßen :

a) bei einer Arbeit, die er im Auftrage des Inhabers des die Versicherung bedingenden Betriebes oder seiner Organe ausführt ;

b) bei einer Verrichtung, die zur unmittelbaren oder mittelbaren Förderung der Betriebszwecke bestimmt ist, und die der Verischerte im vorauszusetzenden Einverständnisse des Betriebsinhabers oder seiner Organe vornimmt ;

c) während der Arbeitspausen, sowie vor Beginn oder nach Beendigung der Arbeit, wenn der Versicherte sich befugterweise auf der Betriebsstätte oder im Bereiche der Betriebsgefahren befindet. » — Der Begriff der « Betriebsunfälle » wurde vom Gesetzgeber entsprechend der bisherigen Gerichtspraxis aufgebaut [1] ; er wird wohl durch nähere Präzisierung der Betriebsunfälle zur Entfernung von

[1] Dementsprechend werden Unfälle, welche sich beim Gang von und zu der Betriebsstätte ereignen, aus dem Bereiche der Betriebsunfälle ausgeschieden.

Schwierigkeiten beitragen, welche bisher bei Unterscheidung von Betriebs- und Nichtbetriebsunfällen bestanden haben. Nebenbei sei bemerkt, daß die sich daraus ergebenden Streitigkeiten schon deshalb abnehmen werden, weil bis jetzt die Haftpflichtgesetzgebung nur für Entschädigung der Betriebsunfälle sorgte, während nach dem neuen Projekte es gleichgültig ist, ob sich der Unfall während und infolge des Betriebsdienstes ereignete oder nicht. Wesentlich ist ja die Unterscheidung überhaupt nur für die Prämienberechnung.

Wenn auch der Gesetzgeber Nichtbetriebsunfälle in die Versicherung einbezog, so bestimmt er doch vorsichtshalber, daß außergewöhnliche Gefahren und Wagnisse von der Versicherung ausgeschlossen werden können. Dies rechtfertigt sich schon aus dem Grunde, daß man anfangs die Nichtbetriebsunfallgefahren zu differenzieren kaum imstande sein wird ; höchstens wird wohl eine verschiedene Prämienzahlung nach Geschlechtern stattfinden können, indem die Frauen gewöhnlich während der arbeitsfreien Zeit seßhafter sind und sich ruhiger verhalten als die Männer.

Die Versicherung von Betriebs- und Nichtbetriebsunfällen in zwei getrennten Abteilungen, bringt außer dem Vorteil einer sichereren und gleichmäßigeren Verteilung der Lasten, noch die bequemere Lösung der Frage mit sich, wie für arbeitsfreie Tage zu sorgen sei. Bekanntlich gab es laut nationalrätlichem Entwurfe nur eine Gesamtprämie für beide Gefahrenkategorien. Was sollte nun z. B. an all' den arbeitsfreien Sonn- und Feiertagen geschehen, wo nicht gearbeitet wurde ? Die Nichtbetriebsunfallgefahr blieb ja bestehen, ja sie steigerte sich sogar, indem der Arbeiter den ganzen Tag außerhalb des Betriebes verblieb. Diese Frage beantwortete der Nationalrat im Artikel 41 mit folgenden Worten :

« Für die Tage während welchen ein Versicherter in einem im Art. 38 [1] bezeichneten Betriebe nicht beschäftigt

[1] Im Art. 38 werden die versicherungspflichtigen Betriebe aufgezählt.

wird, bleibt er nur dann noch versichert, wenn weder Austritt noch Entlassung vorliegt und der Betriebsunternehmer sich zum voraus verpflichtet hat, für diese Tage Prämien zu zahlen ; letztere werden nach dem Durchschnittslohn der zehn letzten Arbeitstage und dem für den Betrieb geltenden Prämiensatz bestimmt. » Wollte demgemäß der Arbeitgeber seinen Arbeitern eine für sie höchst peinliche, wiederholte Unterbrechung der Versicherung ersparen, so mußte er sich im voraus verpflichten, für arbeitsfreie Tage die volle Prämie zu zahlen (denn eine andere kannte ja der Nationalrat gar nicht), obwohl ja während dieser Tage keine Betriebsgefahr vorlag. Diese Lösung war also ungerecht und hätte wahrscheinlich die Arbeitgeber nicht immer dazu bewogen, für die Versicherung ihrer Arbeiter auch während arbeitsfreien Tagen zu sorgen. Der vom Ständerate neugewählte und auch vom Nationalrate akzeptierte Weg eignet sich viel eher zu einer befriedigenden Lösung dieser höchst wichtigen Frage. Artikel 41 lautet in seiner neuen Fassung :

« Die Versicherung beginnt mit dem Antritte der Arbeit auf Grund der Anstellung. Sie endet mit dem Ablauf des zweiten Tages nach dem Tage, an dem die Arbeit aufhört. Die Anstalt ist befugt, für die Fortführung der Versicherung über diesen Zeitpunkt hinaus besondere Abreden zu treffen. » Demgemäß bleibt ein Arbeiter das ganze Jahr hindurch versichert, wenn er nicht mehr als zwei Tage nacheinander außerhalb eines versicherungspflichtigen Betriebs bleibt. Übrigens kann er auf dem Wege der freiwilligen Versicherung auch für längere Arbeitslosigkeit sorgen. Welchen Effekt bringt diese Bestimmung mit sich ? Prämien für Nichtbetriebsunfälle während arbeitsfreier Tage werden durch Prämien der Arbeitstage aufgebracht, Arbeiter werden nicht der Unannehmlichkeit öfterer Unterbrechungen des Versicherungsverhältnisses ausgesetzt, Arbeitgeber brauchen dank der Prämientrennung für arbeitsfreie Zeiten gar keine Prämien zu entrichten.

Neben den Betriebs- und Nichtbetriebsunfällen umfaßt

die Versicherung auch Berufskrankheiten. Bekanntlich dehnte das Haftpflichtgesetz vom Jahre 1881 die Verantwortlichkeit auch auf Fälle von Berufskrankheiten aus, indem es bestimmte, daß als Gegenstand der Haftpflicht auch Erkrankungen in solchen Industrien zu gelten haben, welche durch Verwendung bestimmter Stoffe gefährliche Krankheiten zu erzeugen geeignet sind. Derartige Stoffe hatte der Bundesrat zu bezeichnen ; dies geschah auch durch Veröffentlichung des sogen. « Giftverzeichnisses ». Analogerweise bestimmt unser Gesetz folgendes : « Der Bundesrat bezeichnet diejenigen Stoffe, deren Erzeugung oder Verwendung bestimmte gefährliche Krankheiten verursachen. Solche Krankheiten werden einem Betriebsunfalle im Sinne dieses Gesetzes gleichgestellt, insofern sie ausschließlich oder vorwiegend durch die Erzeugung oder Verwendung eines jener Stoffe während der Dauer der Versicherung in einem der in Artikel 38 bezeichneten Betriebe verursacht sind. » Vergleicht man den angeführten Text mit dem entsprechenden Passus im Haftpflichtgesetze 1881, so fällt einem das neu eingefügte Wort « vorwiegend » auf. Das Haftpflichtgesetz erforderte einen ausschließlichen Zusammenhang zwischen der Erkrankung und einem bestimmten Betriebe ; gerade bei den Berufskrankheiten aber ist es öfters unmöglich, diesen Zusammenhang zu beweisen ; vielfach ist die Krankheit in ihren Keimen schon längst vorhanden, und nur zufällig kommt sie in einem bestimmten Betriebe zum Ausbruch. So sahen sich bis jetzt Ärzte öfters genötigt, wegen der verlangten Ausschließlichkeit des Kausalzusammenhangs, eine verneinende Diagnose zu stellen. Will man also den Berufsinvaliden wirklich zu Hilfe kommen, und das verdienen sie zweifellos, so muß man nach einer anderen Fassung als diejenige des Haftpflichtgesetzes suchen. Ob der Gesetzgeber dabei das richtigste getroffen, läßt sich vorläufig nicht sagen ; jedenfalls gebührt ihm für seine Bemühungen, die Berufskrankheiten in wirksameren Schutz zu nehmen, volle Anerkennung. Daß die Berufskrankheiten aus der Haftpflichtgesetzgebung

in die Unfallversicherung übernommen wurden, ist wohl dem übereinstimmenden Wunsche beider Räte, mit den unbeliebten Haftpflichtgesetzen ganz aufzuräumen, zu verdanken.

Die Berufskrankheiten werden die Unfallversicherung nicht zu sehr belasten. Es liegen Ergebnisse der Fabrikstatistik vor, wonach im Laufe der Jahre 1895–1906 25 bis 30,000 angemeldeten Unfällen nur 329 Fälle von Berufskrankheiten (im Sinne des bundesrätlichen Giftverzeichnisses) korrespondierten. [1]

In Deutschland fallen Berufskrankheiten sowie Nichtbetriebsunfälle der Krankenversicherung anheim, um dann im Falle der überstandenen, etwas langen Karenzzeit von 200 Wochen, von der Invaliditätsversicherung übernommen zu werden. Ein Urteil darüber, ob dieser Weg der richtigere sei, ist schon deswegen überflüssig, da bekanntlich von einer eidgenössischen Invalidenversicherung noch kaum die Rede sein kann. Jedenfalls ist für die Versicherten selbst die Einbeziehung der Berufskrankheiten in die Unfallversicherung günstiger: eine lange Karenzzeit von 200 Wochen brauchen sie nicht abzuwarten; ihre Familienangehörigen erhalten bei Todesfällen Hinterbliebenenrenten, während die deutsche Invalidenversicherung keine Hinterlassenenrenten kennt. Allerdings sucht die neue Reichsversicherungsordnung in letzter Beziehung durch Einführung der Witwen- und Waisenversorgung die bisherigen Lücken auszufüllen. Ob es ihr gelingt, mag, mit Rücksicht auf die vorgeschlagene, unzulängliche Lösung, dahingestellt werden. Wir bringen nochmals in Erinnerung, daß das Forrer'sche Gesetz die Berufskrankheiten von der Unfallversicherung ausschloß.

Als weiterer Gegenstand der Versicherung ist die Haftpflicht aus dem früheren Artikel 50 und ff. des Obligationenrechts, — jetzt Artikel 1058 und ff. des Zivilgesetzbuchs zu

[1] Amtliches Bulletin der Bundesversammlung, Nationalrat 1908, Seite 503.

bezeichnen. Diese Versicherung wurde in unserem Gesetze als « freiwillige Versicherung von Drittpersonen » betitelt. Es handelt sich dabei um Deckung zivilrechtlicher Ansprüche von Drittpersonen gegenüber dem Unfallurheber, wobei Fälle von grober Fahrlässigkeit und vorsätzlich herbeigeführte Unfälle von der Versicherung ausgeschlossen bleiben. Bei Aufnahme der Haftpflichtversicherung in das neue Gesetz entfaltete sich ein heftiger Streit darüber, ob es verfassungsmäßig sei, dieses Geschäft in den Tätigkeitskreis der Versicherungsanstalt einzubeziehen. Manche behaupteten nämlich, Artikel 34*bis* der Verfassung ermächtige den Bund nur, die eigentliche Personenversicherung durchzuführen, während es sich bei der Haftpflicht um eine Vermögenswertversicherung, um eine Deckung der Verluste des Unfallurhebers, welche ihm bei Entschädigung des Verunglückten erwachsen, handle. Es ist richtig, daß bei der Haftpflicht nicht die Verunglückten, sondern die Unfallurheber in ein Versicherungsverhältnis mit der Anstalt eintreten ; die Versicherung geschieht für ihre Rechnung, sie werden in erster Linie geschützt, wenn auch den Verunglückten Vorteile aus der Versicherung zufallen ; bei vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführten Unfällen bleiben die Verunglückten unentschädigt. Auch der Umstand, daß vom Gesetz den verletzten Personen ein eigenes Forderungsrecht gegen die Anstalt zuerkannt wird, ändert nichts am Wesen der Haftpflichtversicherung, — sie ist keine eigentliche Personenversicherung, wenn sie auch Personen zugute kommt. Da aber die Haftpflichtversicherung laut Gesetz nicht obligatorisch sein wird und sie die Anstalt nicht für sich ausschließlich in Anspruch nimmt, so ist kein Grund vorhanden, sie aus dem Betriebe der Versicherungsanstalt auszuschalten. Die eigentliche Unfallversicherung und die Haftpflichtversicherung verfolgen einen und denselben Endzweck — sie entschädigen verletzte Personen — und lassen sich auch technisch gut verbinden.

Die Haftpflichtversicherung wird in erster Linie der

Landwirtschaft zu Gute kommen ; letztere kennt keine geschlossenen Betriebsräume (wenigstens nicht die Landwirtschaft im engeren Sinne) ; sie arbeitet im Freien und kommt deshalb öfters mit nicht zum Betriebe gehörenden Drittpersonen in Berührung ; der rege Wagenverkehr und die Viehverwendung bergen in sich für die Landwirte, wegen der Verantwortlichkeit Dritten gegenüber, besondere Gefahren. Deshalb ist zu hoffen, daß sie von der sich ihnen bietenden Versicherungsmöglichkeit vielfach Gebrauch machen werden.

Nicht allen wird die vorteilhafte Gelegenheit, sich gegen Haftpflicht aus dem Obligationenrechte zu versichern geboten. Die Anstalt gewährt diese Versicherung auf Begehren nur den Inhabern der in Artikel 38 bezeichneten Betriebe und den übrigen Personen, die selbst mit ihren sämtlichen Angestellten und Arbeitern bei ihr gemäß Artikel 84 [1] versichert sind. Es hätte nämlich keinen rechten Sinn gehabt, sonst von der Versicherung fernbleibenden Personen Vorteile anzubieten, die für die Anstalt unter Umständen lästig sein können. Durch seine beschränkende Bestimmung des soeben angeführten Artikels sucht außerdem der Gesetzgeber indirekt einen Druck auf die Landwirtschaft auszuüben und sie zu bewegen, sich immer mehr an der eigentlichen Unfallversicherung freiwillig zu beteiligen ; denn nur unter der Bedingung einer Versicherungsmitgliedschaft laut Artikel 84 wird sie auch die Vorteile der Haftpflichtversicherung genießen können.

D. **Leistungen der Versicherungsanstalt. (Ärztliche Behandlung und Arzneien. Krankengeld. Rückversicherung bei Krankenkassen. Invaliden- und Hinterbliebenenrenten. Revisionen Rentenauskauf. Kürzungen der Versicherungsleistungen. Die Ausländerfrage.)**

Ereignet sich ein Unfall, so ist es für die Anstalt von großer Bedeutung, darüber in kürzester Zeit zu erfahren.

[1] Art. 84 spricht von der freiwilligen Versicherung.

Denn nur dann sind für eine möglichst genaue Kenntnisnahme von den Verumständungen und Ursachen eines Unfalles, sowie für dessen erfolgreiche Behandlung die nötigen Voraussetzungen gegeben. Für die Zweckmäßigkeit einer Behandlung ist von eminenter Bedeutung, daß sie möglichst bald nach dem Unfalle platzgreift und daß man sich über Natur und Ursachen des Unfalls im Klaren ist. Diesen Postulaten entsprechend verpflichtet der Gesetzgeber den verletzten Arbeiter, bezw. seine Hinterbliebenen dem Arbeitgeber, diesen wiederum der Anstalt ohne Verzug den Unfall anzumelden. Bei unentschuldbarer Versäumnis der Anzeige ist der nachlässige Arbeitgeber verpflichtet, die auf die Zwischenzeit fallenden Geldleistungen der Anstalt wieder zu ersetzen, dem schuldigen Arbeiter aber droht der volle oder teilweise Entzug dieser Leistungen, natürlich ebenfalls für die Zwischenzeit. Außerdem ist die Anstalt befugt, beide, d. h. Arbeitgeber und Arbeiter, oder nur einen, je nachdem beide oder nur der eine der Versäumnis schuldig sind, zum Ersatze des durch versäumte Anzeige zugefügten Schadens zu verhalten.

Sobald die Anstalt über einen Unfall in Kenntnis gesetzt wird, läßt sie dessen Tatbestand, Umstände, Ursachen und Folgen feststellen. Wenn der Unfall zum Bezuge der Versicherungsleistungen berechtigt, dann greifen diese Platz.

Die Versicherungsleistungen der Anstalt bestehen in: «der Krankenpflege und dem Krankengelde, den Invalidenrenten, dem Sterbegelde und den Hinterlassenenrenten.» [1]

Die Krankenpflege (d. h. ärztliche Behandlung, Arzneien und andere Heilmittel), wird dem versicherten verletzten Mitgliede vom Zeitpunkt des Unfalls und für die Dauer der darauf folgenden Krankheit gewährt. Anstatt der Behandlung zu Hause, kann die Anstalt die Unterbringung in einer Heilanstalt anordnen. Dabei hat sie aber auf den

[1] S. Art. 49 des ständerätlichen Entwurfes.

Verletzten oder dessen Angehörige gebührende Rücksicht zu nehmen.

Was die ärztliche Behandlung betrifft, so soll die bedingte freie Ärztewahl wie in der Krankenversicherung zulässig sein. So geregelt wurde die ärztliche Frage erst im letzten Augenblicke. Ursprünglich waren sich alle drei Räte einig darüber, daß man den gegen Unfall versicherten Personen die freie Wahl zwischen den Ärzten ihres Aufenthaltsortes oder der Umgebung überlassen müsse. Dieses Ziel konnte um so eher erreicht werden, als man auch für die Krankenversicherung, das Prinzip der freien Wahl aufgestellt hatte und so aus der beabsichtigten Verbindung beider Versicherungszweige durch Rückversicherung bei den anerkannten Krankenkassen keine Inkongruenzen entstehen konnten. Wir erinnern uns aber, daß zum Schluß der ständerätlichen Verhandlungen die Frage der ärztlichen Behandlung in ein neues Licht gerückt wurde, daß weiterhin mit dem Prinzipe der unbedingten freien Ärztewahl gebrochen wurde [1]. Diese Neuregelung veranlaßte den Gesetzgeber, in Hinblick auf die oben erwähnte Rückversicherungsmöglichkeit bei Krankenkassen [2], auch für die Unfallversicherung das Prinzip der bedingten freien Wahl der Ärzte gelten zu lassen.

Dasselbe bezieht sich auch auf Apotheken.

Außer den Leistungen der Krankenpflege gewährt die Anstalt ein Krankengeld. Dieses darf erst mit dem dritten Tage nach dem Tage des Unfalls für die weitere Dauer der sich daraus ergebenden Krankheit vom Versicherten beansprucht werden. Die dreitägige Wartefrist bedeutet für uns nichts neues ; wir begegneten ihr bereits bei den anerkannten Krankenkassen ; ihr Zweck ist, der Simulationsgefahr entgegenzuwirken. Der Nationalrat bestimmte, daß im Falle einer über drei Wochen dauernden Krankheit, das Kranken-

[1] Siehe S. 50 ff.
[2] Siehe S. 97.

geld von ihrem Beginn an zu gewähren sei. Bei derartigen längeren Krankheiten, welche trotz des Krankengeldes eine wirtschaftliche Schwächung, wenn nicht gar eine Erschöpfung des vom Unfall Getroffenen mit sich bringen können, glaubte er beim Prinzip der dreitägigen Wartefrist nicht verharren zu brauchen. So sympatisch diese Maßnahme berührt, so müssen wir doch dem Ständerate, welcher deren Streichung aus dem Gesetze veranlaßte, zustimmen. Leider ist sie geeignet, ganz unerwünschte Wirkungen herbeizuführen. Ein Einblick in die Verhältnisse des Auslands begründet diese Befürchtungen. So wirtschaften z. B. private Versicherungsgesellschaften, sowie die staatliche Anstalt in Frankreich mit erheblichen Defiziten, welche teils darauf zurückzuführen sind, daß die viertägige Wartefrist, welche dort gilt, bei 10 Tage und länger dauernden Krankheiten nachträglich entschädigt wird. Besonders charakteristisch sind die Verhältnisse, wie sie sich in Italien gestaltet haben. Laut Gesetz von 1898 war eine fünftägige Wartefrist ohne nachträgliche Entschädigung maßgebend, und die offizielle Statistik berichtete, daß 8,47 % aller Unfälle im Laufe der ersten 5 Tage geheilt wurden. 1904 wurde eine Novelle erlassen, wonach eine Nachzahlung des vollen Krankengeldes bei über 5 Tage dauernden Krankheiten statuiert wurde. Das Resultat dieser Novelle war eine Verminderung der Zahl von während den ersten 5 Tagen geheilten Unfallfolgen auf 3,87 %.[1] Diese Zahlen liefern einen klaren Beweis dafür, wie verführerisch die Aussicht auf Nachzahlungen auf die Verletzten einwirkt, und wie diese ihre Erkrankungen in die Länge zu ziehen bestrebt sind. Mit Rücksicht auf solche Erfahrungen, müssen wir zugeben, daß der Gesetzgeber mit Recht die nationalrätliche Bestimmung strich.

Das Krankengeld beträgt 80 % des infolge der Krankheit entgehenden Verdienstes.[2] Um hohe Versicherungs-

[1] Amtl. Bulletin der Bundesversammlung, Ständerat 1910, S. 40.

[2] In Deutschland haben für die ersten 13 Wochen nach dem Unfalle die Krankenkassen einzutreten. Sie gewähren 50 % des

summen von der Anstalt fernzuhalten, — was sich durch ihren vorwiegend sozialen Charakter rechtfertigt — bestimmt das Gesetz, daß ein Mehrbetrag des Verdienstes über 14 Fr. täglich nicht zu berücksichtigen sei. Die Krankenkassen in Deutschland dürfen zur Berechnung des Krankengelds einen Höchstbetrag von M. 4 täglich als Arbeitslohn in Anrechnung bringen. Dieser große Unterschied zwischen dem deutschen und schweizerischen Maximum erklärt sich dadurch, daß in Deutschland neben Arbeitern Betriebsbeamte mit einem Einkommen von höchstens 2,000, bezw. 3,000 M. versicherungspflichtig sind, während das schweizerische Gesetz für Versicherungspflichtige keine Einkommensgrenze kennt. Wenn Leistungen auch von anderen Versicherern für denselben Unfall gewährt werden (z. B. von den Krankenkassen), so darf das von der Anstalt geleistete Krankengeld den durch jene Leistungen ungedeckten Teil des Verdienstes nicht übersteigen. Damit wird der Überversicherung entgegengewirkt, gleich wie in der Krankenversicherung.

Zur Deckung der Kosten einer besondern Wartung zu Hause oder der Unterbringung der Versicherten in einer Heilanstalt ist die Anstalt berechtigt, höchstens $^3/_4$ vom Krankengelde abzuziehen. Hat der Versicherte Familienangehörige zu unterhalten und wird dazu das Krankengeld verwendet, so darf der Abzug die Hälfte des Krankengeldes nicht übersteigen. Daß in Bezug auf die zulässigen Abzüge zwischen Versicherten, welche für den Unterhalt ihrer Familienangehörigen zu sorgen haben und solchen, die von dieser Pflicht frei sind, Unterschiede gemacht werden, ist ohne weiteres klar.

ortsüblichen Tagelohnes gewöhnlicher Arbeiter (Gemeindekrankenversicherung) oder 50 % des durchschnittlichen Tagelohnes derjenigen Klassen der Versicherten, für welche die Kasse errichtet wurde (bei Orts-, Betriebs-, Bau- und Innungskassen). Vom Beginne der fünften Woche wird das Krankengeld auf $^2/_3$ erhöht. Auch in Österreich übernehmen die Krankenkassen die ersten vier Wochen der Behandlung und gewähren ein Krankengeld von 60 %.

Die Anstalt kann die Versicherung der ersten 6 Wochen von Unfallkrankheiten auf dem Wege der Rückversicherung einer Krankenkasse innerhalb ihres Tätigkeitsgebietes übertragen. Durch diese Bestimmung sucht der Gesetzgeber die Kranken- und Unfallversicherung zweckmäßig zu verbinden. Ein großer Teil der Unfälle kennzeichnet sich durch relativ kürzere Dauer ihrer Folgen, und es empfiehlt sich bei derartigen leichteren Verletzungen die Inanspruchnahme des immerhin komplizierten Apparats der Unfallversicherungsanstalt zu vermeiden. Es sollen demgemäß an Stelle der Anstalt die einfacher und schneller funktionierenden Krankenkassen mit ihrer schärfer durchgeführten Kontrolle treten, wobei es im gegenseitigen Interesse der Versicherten und der Kasse erwünscht ist, daß die Übertragung an diejenigen Kassen erfolge, bei denen die Versicherten gegen Krankheit versichert sind. Das Forrer'sche Gesetz überwies bekanntlich ohne weiters die Last der ersten 6 Wochen der Krankenversicherung ; eine derart unmittelbare, organische Verbindung beider Versicherungszweige ist im neuen Gesetze unmöglich gewesen, schon aus dem einfachen Grunde, daß, da der Beitritt zu den Krankenkassen nicht obligatorisch ist, nicht alle gegen Unfallsfolgen Versicherten auch Mitglieder von Krankenkassen sein werden.

Die Anstalt behält sich das Recht vor, unbeachtet jener Rückversicherung bei Krankenkassen, die Behandlung eines Unfalls noch vor Ablauf der ersten 6 Wochen zu übernehmen. Derartige Übernahmen werden sich bei Unfällen empfehlen, welche von Anfang an oder bald darauf von folgenschweren Komplikationen bedroht sind. Eine energisch durchgeführte Kur kann in solchen Fällen für den Erfolg der Behandlung von entscheidender Bedeutung sein. Die Kassen werden dadurch von einem Teil ihrer Lasten enthoben und haben dafür der Anstalt diejenigen Auslagen zu vergüten, welche sonst auf ihre Rechnung gegangen wären.

Für die Übernahme von Versicherungen erhalten die Kassen den entsprechenden Anteil an den von der Anstalt

selbst erhobenen Prämien. Dieser Anteil wird nach Anhörung der Kassen, auf Antrag der Anstalt, vom Bundesrate festgesetzt. Nun muß aber der Gesetzgeber damit rechnen, daß diese Anteile sich nicht genau dem übertragenen Unfallrisiko anpassen lassen, daß vielmehr den Krankenkassen Verluste zugefügt werden können. Diese zu entschädigen, ist eine Pflicht der schweizerischen Unfallversicherungsanstalt.

Dabei ist aber folgendes zu bemerken:

1. die Verluste sollen nicht voll entschädigt werden, denn sonst hätten die Kassen kein Interesse mehr, das ihnen übertragene Versicherungsgeschäft mit aller Vorsicht zu betreiben; 2. die Entschädigungsquoten sollen in den ersten Jahren höher, in den späteren geringer sein, da besonders am Anfang der festgesetzte Prämienanteil der Kassen an Ungenauigkeit leiden wird; mit der Zeit aber wird der Bundesrat an Erfahrung gewinnen und die Verluste der Kassen werden eher auf ihre eigene Schuld zurückzuführen sein. Diesen Forderungen gemäß bestimmt der Gesetzgeber folgendes:

« Die Anstalt trägt in den ersten 3 Jahren nach Übertragung der Versicherung von Unfallkrankheiten an eine Kasse einen allfälligen Verlust der Jahresrechnung zu drei Vierteilen, und in der Folge ein Drittel derjenigen Verluste, die sich je innerhalb einer Periode von drei Rechnungsjahren ergeben. »

Bisher haben wir uns mit dem ersten Stadium, welches unmittelbar nach dem Unfalle folgt und mit den damit verbundenen Leistungen — der Krankenpflege und dem Krankengelde — beschäftigt. Diese Leistungen hören auf, wenn die Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr verspricht. Hinterläßt der Unfall eine voraussichtlich bleibende Erwerbsunfähigkeit, so erhält der Versicherte eine Invalidenrente, welche bei gänzlicher Erwerbsunfähigkeit 70 % seines Jahresverdienstes beträgt.[1] Bei nur teilweiser Erwerbsunfähigkeit

[1] Das Forrer'sche Gesetz schrieb eine Rente von 60 % vor. Näheres darüber, sowie über die ausländischen Gesetze s. S. 22-23.

erfährt die Rente eine entsprechende Kürzung. Bedarf der Versicherte einer besonderen Wartung und Pflege, so kann die Rente bis auf volle 100 % des Jahresverdienstes erhöht werden. Dabei ist keine besondere Gefahr vorhanden, daß der verletzte Versicherte ein gesteigertes Interesse an der Verlängerung des Erwerbsunfähigkeitszustandes haben wird da doch ein großer Teil der Rente zur Bestreitung der Wartungs- und Pflegekosten zu opfern sein wird.

Ein Mehrbetrag des Jahresverdienstes über Fr. 4,000 wird bei Berechnung der Invalidenrente nicht berücksichtigt. [1]

Auch nach bereits erfolgter Feststellung und begonnener Gewährung der Invalidenrente kann die ärztliche Behandlung wieder angeordnet werden, wenn sie ersprießlich zu wirken verspricht. Dann treten an Stelle der Rente wieder Krankenpflege und Krankengeld.

Bei erheblicher Verschiebung des Erwerbsunfähigkeitsgrades werden die Renten entsprechend erhöht, gekürzt oder ganz aufgehoben.

Beides, Wiederaufnahme der ärztlichen Behandlung, sowie Änderung der Rentenhöhe, kann angeordnet werden: während der ersten 3 Jahre nach Feststellung der Rente jederzeit, dann aber nur nach Ablauf von je 3 Jahren; die Revisionsmöglichkeit hört nach Ablauf von 9 Jahren seit der ersten Feststellung der Rente völlig auf. [2]

Der Nationalrat ließ ursprünglich eine Revisionsmöglichkeit nur im Laufe der ersten 3 Jahre zu; er war der Ansicht, daß man sich mit diesem kurzen Zeitraum begnügen könne, da erhebliche Verschiebungen im Grade der Erwerbsunfähigkeit in den meisten Fällen nur kurz nach dem Unfalle zu erwarten seien. Immerhin würde den Nationalrat dieser

[1] In Deutschland wird ein Mehrbetrag des Jahresverdienstes über M. 1500 nur mit $^1/_3$ angerechnet.

[2] Durch diese Bestimmung tritt unser Gesetz in einen gewissen Widerspruch mit dem revidierten O. R., welches eine nur zweijährige Revisionsmöglichkeit bei Körperverletzungen zuläßt.

Umstand allein von einer allgemein zulässigen zeitlich unbeschränkten Revisionsmöglichkeit nicht abgehalten haben; wenn er sich mit den ersten 3 Jahren begnügte, so geschah es aus anderen Gründen, im Interesse einer zweckmäßig durchgeführten Versicherung. Die ewige Unsicherheit, das Damoklesschwert einer Revision, meinte er mit Recht, sei dazu angetan, bei vielen Rentenberechtigten den Heilungsprozeß in seinem normalen Verlaufe zu stören und damit ein ganz entgegengesetztes Resultat zu erzielen; es kommen in dieser Beziehung die zahlreichen Fälle der traumatischen Neurose in Betracht. Der Ständerat stimmte mit der wohlwollenden Einsicht seines Mitarbeiters überein, nur glaubte er, nicht so weit gehen zu brauchen. Wenn auch dem Verletzten ein gewisser Ruhezustand gegönnt sein müsse, sagte er sich, so sei es andererseits als Anomalie zu betrachten, wenn der Betreffende eine Rente beziehe, welche nicht mehr der eingebüßten Erwerbsfähigkeit entspreche und die durch den Unfall im Erwerbe herbeigeführten Lücken übersteige. Als eine weitere Anomalie betrachtete er die Unzulässigkeit einer Wiederaufnahme der ärztlichen Behandlung, wenn diese allem Anschein nach zur Heilung beitragen würde.[1] Deshalb änderte der Ständerat die scharf gefaßte nationalrätliche Bestimmung ab, indem er beschloß, daß Rentenrevisionen und ärztliche Behandlung in den ersten 3 Jahren nach dem Unfalle zu jeder Zeit, dann aber nur in Abschnitten von je drei Jahren vorgenommen werden dürfen.

Durch Beschränkung des Revisionszeitraums auf 9 Jahre wurde schließlich eine Einigung zwischen beiden Räten erzielt[2].

Von bedeutendem Interesse, insbesondere vom Standpunkte der medizinischen Wissenschaft aus, ist folgendes. Es hat sich im In- und Auslande die Erkenntnis Bahn gebrochen, daß die Versicherung in sich selbst vielfach

[1] Die Möglichkeit einer Wiederaufnahme der ärztlichen Behandlung sah der nationalrätliche Entwurf überhaupt nicht vor.

[2] S. Seite 99.

Hemmnisse für die Genesung berge. Die Fälle der traumatischen Neurose, des « Nichtgesundwerdenkönnens » treten öfters bei versicherten Personen zum Vorschein. Es wird im verletzten Versicherten durch das Bewußtsein, daß, wenn er die Arbeit wieder aufnimmt, seine Rentenbezüge entsprechend gekürzt oder wohl gar aufgehoben werden können, ein psychischer Zustand erweckt, welcher alsbald in die feste Überzeugung mündet, daß er immer krank bleiben werde und arbeitsunfähig sei. Diesem nervösen Kranksein entgegenzuwirken, ist sehr schwer, denn vielfach liegt die alleinige Heilungsmöglichkeit gerade in der Wiederaufnahme der Arbeit ; durch systematische Betätigung der Arbeitskräfte erholt sich der Kranke vom peinlichen, höchst gefährlichen Zustande der traumatischen Neurose.

Solche Erwägungen haben zum Gedanken geführt, in derartigen Fällen die regelmäßigen Rentenbezüge durch Kapitalabfindungen zu ersetzen ; durch derartige einmalige Kapitalabfindungen verspricht sich der Gesetzgeber « den durch die Suggestion gebundenen Willen des Verletzten von diesen Fesseln zu befreien, ihn durch die heilende Kraft der Arbeit wieder frei und zum verantwortlichen Leiter seines Schicksals zu machen. » [1] Schon im Nationalrate versuchte man dieses Problem zu lösen ; so lesen wir im Artikel 70, Abschnitt 2 des nationalrätlichen Entwurfes folgendes : « Die Anstalt ist berechtigt, jede Invalidenrente auszukaufen, wenn der Auskauf dazu angetan ist, eine wesentliche Besserung im Gesundheitszustande des Versicherten herbeizuführen. » Danach sollte also jede Rente, — die Bedingungen der angeführten Bestimmung vorausgesetzt, — mit ihrem vollen Kapitalwerte abgefunden werden, — und darin ist die Unzulässigkeit des nationalrätlichen Beschlusses begründet ; es würde sich in der Regel um beträchtliche Kapitalsummen handeln, und die Aussicht auf Erlangung von hohen Geld-

[1] Amtliches Bulletin der Bundesversammlung, Ständerat 1910, Seite 45.

beträgen könnte den Versicherten gerade in die Versuchung bringen, im Zustande des Arbeitsunwillens und suggerierter Arbeitsunfähigkeit zu verbleiben, um mit einer Kapitalabfindung beschenkt zu werden; es würde mit anderen Worten diese verführerische Aussicht auf den Willen des Versicherten, seine Arbeit wieder aufzunehmen, hemmend wirken. Deshalb begnügte sich der Ständerat mit einer geringeren Abfindungssumme und glaubt dadurch die oben geschilderte Gefahr erheblich zu vermindern. Die betreffende Bestimmung lautet: «In denjenigen Fällen, wo zwar von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten nicht erwartet werden kann, jedoch die Annahme begründet ist, daß der Versicherte nach Erledigung seiner Versicherungsansprüche bei Wiederaufnahme der Arbeit die Erwerbsfähigkeit wieder erlangen werde, hören die bisherigen Leistungen auf und es erhält der Versicherte eine Abfindung, die dem Barwerte einer seinen gesundheitlichen Verhältnissen und dem Grade seiner Erwerbsunfähigkeit im Zeitpunkte der Abfindung entsprechenden, gleichbleibenden oder sinkenden Rente für die Dauer von höchstens 3 Jahren gleichkommt.» Auf diese Bestimmung ging dann auch der Nationalrat ein.

Stirbt der Versicherte infolge eines Unfalls, so bezahlt die Anstalt die Bestattungskosten mit höchstens 40 Fr. Diese Kosten werden von der Anstalt nicht vergütet, wenn sie von den Hinterbliebenen nicht getragen, sondern aus öffentlichen Mitteln bestritten werden, was namentlich in ostschweizerischen Kantonen vorkommt.

Außer dem Sterbegelde erhalten die Hinterbliebenen Renten, und zwar in folgenden Beträgen:

die Witwe bis zu deren Tode oder Wiederverheiratung 30 % des Jahresverdienstes (in Deutschland 20 %);

der Witwer, sofern er dauernd erwerbsunfähig ist oder es binnen 5 Jahren seit dem Tode der Ehefrau wird, bis zu seinem Tode oder Wiederverheiratung 30 % (in Deutschland 20 %);

Waisen je 15 %, Vollwaisen je 25 % (in Deutschland Halb- und Vollwaisen je 20 %); die Rente läuft bis zum 16. Lebensjahre, oder sofern das verwaiste Kind beim Erreichen dieses Alters dauernd erwerbsunfähig ist, bis 70 Jahre nach der Geburt des Versicherten;

die Verwandten in aufsteigender Linie lebenslänglich und die Geschwister bis zum zurückgelegten 16. Lebensjahre, zusammen 20 %; (in Deutschland das Gleiche, nur daß dort neben Ascendenten auch Descendenten, wie z. B. elternlose Enkel mitberücksichtigt werden).

Die Hinterlassenenrenten dürfen zusammen 60 % des Jahresverdienstes des Verstorbenen nicht übersteigen.[1]

Verwandte in aufsteigender Linie und Geschwister dürfen erst dann Renten beanspruchen, wenn sämtliche Kinder und die Witwe, bzw. der Witwer, volle Renten erhalten haben und trotzdem der Höchstbetrag von 60 % noch nicht erreicht wurde; auch darf keine der erstgenannten Renten die Höhe der Rente eines Kindes übersteigen. Wir wollen die etwas kompliziert ausgefallenen Bestimmungen über die Verteilung und Ausgestaltung der Hinterlassenenrenten an einigen Beispielen illustrieren.

1. Der Verstorbene hinterläßt eine Witwe und vier rentenberechtigte Kinder; die Witwe dürfte sonst 30 %, jedes Kind 15 %, zusammen 90 % des Jahresverdienstes beanspruchen; da aber der Gesamtbetrag der Hinterbliebenenrenten 60 % nicht übersteigen darf, so erfolgt eine verhältnismäßige Kürzung aller Renten und die Witwe erhält 20 %, während jedem Kinde 10 % des Jahresverdienstes zuerkannt werden;

2. stirbt auch die Witwe, so erhöhen sich die Ansprüche der Vollwaisen und sie erhalten nach wiederum erfolgter Kürzung je 15 %;

3. die übrigen Hinterlassenen kommen noch immer nicht

[1] In Deutschland 60 %, Österreich 50 %, Norwegen 50 %, in den Niederlanden 60 %

in Betracht ; würde ein Kind sterben, so erhielten die übrigen je 20 % ; nach dem Tode des zweiten würden sich die Ansprüche beider anderen auf je 25 % erhöhen, und erst dann blieben 10 % für die Geschwister und Ascendenten des Versicherten übrig.

4. Tritt nun folgender Fall ein : der Verstorbene hinterläßt ein einziges vollverwaistes Kind und seinen Vater, so beträgt die Rente des Kindes 25 %, und die des Vaters 20 % des Jahresverdienstes.

5. Der Versicherte hinterläßt eine junge Schwester, eine geschiedene Frau ohne Anspruchsrecht und ein kleines Kind ; das Kind hat nur Anspruch auf 15 % des Jahresverdienstes, da seine Mutter noch lebt ; die Schwester dürfte 20 % beanspruchen, wenn im Gesetze die Bestimmung nicht enthalten wäre, daß keine der Geschwister- und Ascendentenrenten diejenige eines Kindes übersteigen dürfe. [1]

Wir haben bisher die Entschädigungsrenten kennen gelernt. Der Gesetzgeber entschloß sich, das Rentenprinzip für die Unfallversicherung anzunehmen und verließ damit den Weg, welchen die Haftpflichtgesetze verfolgten. Diese hatten in der Regel zu Kapitalabfindungen geführt. Es lehrt uns aber die Erfahrung, daß es für den Versicherten allzu oft ungünstig ist, mit einem Male entschädigt zu werden. Da er plötzlich über mehr Geld verfügt, als er je besessen, weiß er keinen richtigen Nutzen daraus zu ziehen ; er verschleudert es oder vertraut es gewissenlosen Leuten an. Wenn aber der Gesetzgeber, gestützt auf diese trübe Erfahrung, das Rentenprinzip annahm, so sah er doch ein, daß es Fälle geben kann, welche vom Prinzipe abweichen dürfen, ja daß es sich manchmal sogar empfiehlt, mit einem Kapital abzufinden. Bei Besprechung des Renteneinflusses auf den psychischen Zustand des Versicherten, haben wir einen typischen Ausnahmsfall bereits kennen gelernt. Über

[1] Dieses Beispiel wurde der Botschaft des Bundesrats, S. 151 entnommen ; dort finden wir auch andere lehrreiche Beispiele.

die übrigen, zu Kapitalabfindungen berechtigenden Fälle belehrt uns Art. 66*bis*. Demgemäß darf eine Hinterlassenen- oder Invalidenrente jederzeit durch die Anstalt ausgekauft werden, wenn die Monatsrate weniger als 10 Fr. beträgt oder wenn der Berechtigte seit mindestens einem Jahre im Auslande wohnt. Einem im Auslande wohnenden Versicherten Renten zu gewähren, würde mit erheblichen Kosten verbunden sein ; was aber die relativ geringfügige Rente von 10 Fr. monatlich betrifft, so kann sie dem Versicherten oder dessen Hinterbliebenen nur wenig behilflich sein, während eine größere Abfindungssumme oft zu einer nützlicheren Verwendung Gelegenheit bieten kann. Wir finden auch in der deutschen Unfallversicherung ganz analoge Bestimmungen : es dürfen kleinere Renten bis zu 15 % der Vollrente oder solche, welche an dauernd außerhalb des Reichsgebiets wohnende Ausländer zu zahlen sind, mit Kapital abgefunden werden. Zu unserem Gesetze zurückkehrend, ist in allen übrigen Fällen der Auskauf nur im Einverständnis zwischen der Anstalt und dem Berechtigten zulässig.

Jede mit Zustimmung des Versicherten ausgekaufte Rente ist endgültig erledigt. Dagegen darf der Versicherte bei nachträglicher Verschiebung des Erwerbsunfähigkeitsgrades eine Zusatzrente verlangen, wenn die ursprüngliche Rente ohne seine Zustimmung ausgekauft wurde ; auch diese Zusatzrenten können übrigens von der Anstalt mit Kapital abgefunden werden, wenn die dazu erforderlichen, oben erwähnten Voraussetzungen zutreffen.

Endlich sei noch ein Fall erwähnt, welcher einen speziellen Abfindungstypus darstellt. Das Gesetz bestimmt, daß eine Witwe im Falle ihrer Wiederverehelichung mit dem dreifachen jährlichen Betrage ihrer Rente abgefunden werden solle ; damit wird eine « Prämie auf Wiederverheiratung » gewährt, indem der Gesetzgeber den Witwen verhilft, mit jener Summe eher Männer zu finden ; auch der Anstalt gereicht diese Bestimmung zum Nutzen : durch einmalige unbedeutende Abfindung wird sie von einer Last befreit, welche

bei nicht eingetretener Wiederverheiratung in der Form einer Witwenrente bestehen bleiben würde.

Die Invaliden- und Hinterlassenenrenten werden je am ersten Tage des Kalendermonats im Voraus bezahlt. Beginnt die Rentenberechtigung im Laufe des Monats, so wird die dem Monatsreste entsprechende Rente am ersten Tage des nächsten Monats bezahlt. Hört im Laufe des Monats die Rentenberechtigung auf, oder wird die Rente abgeändert, so findet für den Monatsrest keine Rück- oder Nachvergütung statt.

Die Leistungen der Versicherungsanstalt sollen entfallen, wenn für einen Unfall der Versicherte, beziehungsweise seine Hinterbliebenen, Leistungen aus der Militärversicherung erhalten. [1]

Bei grobfahrlässig herbeigeführten Unfällen sieht das Gesetz Kürzungen der Versicherungsleistungen vor. Diese Kürzungen haben in einem dem Verschulden entsprechenden Grade zu geschehen. Die Leistungen entfallen völlig bei absichtlich zugezogenen Unfällen ; ebenso entfallen sie, wenn ein Hinterlassener den Unfall absichtlich oder grobfahrlässig herbeiführte. Nur das Sterbegeld bleibt gerechterweise in allen diesen Fällen unverkürzt. Ursprünglich war ein Kürzungsmaximum von einer Hälfte der Versicherungsleistungen bei grobfahrlässig herbeigeführten Unfällen vorgesehen, aber mit Rücksicht auf Fälle der « culpa lata dolo proxima » ersetzte der Gesetzgeber jenes Maximum durch die oben angeführte Bestimmung. Die von ihm vorgeschriebenen Kürzungen in einem dem Fahrlässigkeitsgrade entsprechenden Verhältnisse bieten in der Tat die Möglichkeit eines allmählichen Übergangs von grobfährlässigen zu dolosen Fällen, von geringen Kürzungen zu immer höheren, bis zum völligen Entfall jedweder Ansprüche.

Was geschieht nun, wenn der Versicherte Opfer mehrerer Unfälle wird ? In einem solchen Falle ist es gewiß berechtigt,

[1] Bundesgesetz vom 28. Juni 1901.

ein Krankengeld zu gewähren, auch wenn schon aus einem früher eingetretenen Unfalle Renten entrichtet werden : die Krankheit verursacht neue Kosten, und der Versicherte hat sich das Krankengeld durch fortwährende Prämienzahlungen verdient. Das in solchen Fällen zu gewährende Krankengeld richtet sich nach dem Verdienste des Versicherten zur Zeit des neuen Unfalls. Es kann aber auch der Fall eintreten, daß während noch das Krankengeld aus einem Unfalle gewährt wird, sich ein neuer Unfall ereignet, welcher wiederum zu neuen Leistungen Anlaß gibt ; mit anderen Worten, es würden beide Unfälle zum Bezuge eines doppelten Krankengeldes berechtigen ; oder aber es könnten wegen wiederholter Unfälle zwei oder mehrere Invalidenrenten zusammentreffen. Derartigen, an sich anormalen Zuständen muß Rechnung getragen werden, schon der Gefahr einer Überversicherung wegen. Deshalb bestimmte der Gesetzgeber, daß in solchen Fällen die Ansprüche aus verschiedenen Unfällen zu vereinigen seien und daß für die Folgezeit sich die Leistungen der Anstalt nach dem Verdienste zu richten haben « welchen der Versicherte zur Zeit des neuen Unfalls mutmaßlich erreicht hätte, wenn ihm nicht früher ein Unfall zugestoßen wäre. »

Die Versicherungsleistungen werden auch denjenigen in der Schweiz niedergelassenen Angehörigen fremder Staaten und ihren Hinterlassenen unverkürzt gewährt, deren Gesetzgebung den Schweizerbürgern für Unfalls- und Krankheitsfolgen Vorteile leistet, welche denjenigen dieses Gesetzes gleichwertig sind. Die übrigen Versicherten, d. h. solche Angehörige fremder Staaten, deren Gesetzgebung ungleichwertige Vorteile bietet, haben einen Anspruch auf Krankenpflege, Krankengeld, Sterbegeld, sowie auf $^3/_4$ der Invaliden- und Hinterbliebenenrenten, wobei Ansprüche Verwandter auf steigen der Linie und der Geschwister auf Hinterbliebenenrenten gänzlich wegfallen. Letztere etwas schärfer gefaßte Maßnahme rechtfertigt sich aus folgendem : 1. ist es überhaupt mit großen Kosten verbunden, Leistungen ins Aus-

land abzufertigen; 2. ist es sehr umständlich und schwer, die Rechtskraft derartiger Ansprüche in Bezug auf ausländische Hinterbliebene zu kontrollieren.

Die soeben erwähnten, unter gewissen Voraussetzungen zulässigen Kürzungen der Leistungen in Bezug auf Angehörige fremder Staaten bedeuten für die Anstalt eine wesentliche Verminderung ihrer Pflichten und Lasten und werden dadurch vielfach zur Verringerung der Prämiensätze für ausländische Arbeiter führen. Darin liegt eine Gefahr der Beeinträchtigung heimischer Arbeiter; die Betriebsinhaber würden sich vielleicht veranlaßt fühlen, ausländische Arbeiter zu dingen, um geringere Prämien an die Anstalt zu entrichten. Um dies zu vermeiden, wurde ins Gesetz eine weitere Bestimmung aufgenommen, daß die Prämienverbilligung nur dem Bunde, als einem der Träger der Prämienlast zugute kommen solle.

Die angeführte Lösung der Ausländerfrage beruht auf dem Prinzip der «materiellen Reziprozität»: wenn ausländische Staaten auf dem Gebiete der Kranken- und Unfallversicherung den dort niedergelassenen Schweizerbürgern Leistungen gewähren, welche denjenigen des schweizerischen Versicherungsgesetzes gleichwertig sind, so werden die in der Schweiz niedergelassenen Angehörigen jener Staaten vom Gesetze gleich Schweizerbürgern behandelt und dürfen gleiche Leistungen beanspruchen; wenn aber fremde Staaten den Schweizerbürgern Vorteile bieten, welche im Vergleiche mit denjenigen des schweizerischen Gesetzes minderwertig sind, so finden gegenüber den Angehörigen solcher Staaten die oben geschilderten Kürzungen statt. Eine zweite Lösung der Ausländerfrage wäre nach dem Prinzip der «formellen Reziprozität» möglich und würde darin bestehen, daß man für Schweizerbürger im Auslande nicht gleichwertige Leistungen, sondern bloß eine Gleichbehandlung mit den Bürgern des betreffenden Staates verlangen würde.

E. **Aufbringung der Mittel. (Der Versicherungsfond. Kapitaldeckungsverfahren. Die Versicherungsprämien. Gefahren- und Prämientarif. Beiträge des Bundes, der Arbeitgeber und Arbeiter. Erhebung der Beiträge. Die Lohnlisten.) Die freiwillige Versicherung mit spezieller Berücksichtigung der Landwirtschaft.**

Aus dem Versicherungsfond, welcher 1897 auf Grund eines Antrags Gallati errichtet wurde und sich jetzt auf über 30 Millionen beläuft, wird der Anstalt ein Betrag von 10 Millionen überwiesen. Der Rest bleibt dem Bunde zur Deckung der Rechnungsdefizite aus der Prämienbeteiligung an der Unfallversicherung vorbehalten. [1]

Wie sollen nun die der Anstalt überwiesenen 10 Millionen verwendet werden? 5 Millionen sind zur Bildung eines Betriebskapitals und die anderen 5 zur Schaffung eines Reservefonds bestimmt worden. Der Nationalrat hatte 7 Millionen dem Betriebskapital und nur 3 dem Reservefonds zugewiesen. Dieses Verhältnis erachtete der Ständerat für unangebracht. Mit Rücksicht auf die Pränumerandozahlungen der Prämien und der Bundesbeiträge glaubte er die Versicherungsanstalt mit einem 5 Millionen hohen Betriebskapital genügend ausgerüstet zu haben, was ihm eine Erhöhung des Reservefonds ermöglichte. Der Nationalrat schloß sich dieser Ansicht nachträglich an.

Der Bund übernimmt weitaus den größten Teil der Einrichtungskosten der Anstalt und die Hälfte ihrer Verwaltungskosten. Der Nationalrat konnte sich ursprünglich nicht entschließen, den Bund mit Rücksicht auf dessen Finanzen so hoch zu belasten und übertrug ihm nur ein Viertel der

[1] Derartige Defizite werden kaum in Betracht kommen, besonders nachdem es dem Gesetzgeber gelang eine befriedigende Lösung der Frage in Bezug auf Trennung der Betriebs- und Nichtbetriebsunfälle zu finden und dadurch die Bundeslast erheblich zu vermindern. S. 116-117.

Verwaltungskosten. Wenn der Gesetzgeber trotzdem auf die bereits vom Bundesrate vorgeschlagene Hälfte zurückkam, so berechtigte ihn zu diesem Schritte die Teilung des Versicherungsgeschäftes in getrennte Abteilungen und was daraus folgt — die neu geregelte Beteiligung des Bundes an der Deckung der Nichtbetriebsunfallrisiken allein.

Wenn, wie wir bereits erfuhren, der Gesetzgeber dafür Sorge trug, daß die Versicherungsanstalt gleich zu Beginn mit einem reichlichen Reservefond ausgestattet werde, so wünscht er auch für die Folgezeit dessen Vorhandensein, und zwar in einer ansehnlichen Höhe, gesichert zu sehen. Demgemäß enthält das neue Gesetz folgende Bestimmungen:

« Dem Reservefond fließen jährliche Einlagen zu, deren Höhe vom Verwaltungsrat nach einem für alle Abteilungen gleichen Prozentsatz der Prämieneinnahmen bestimmt wird.

Die Anhäufung des Reservefonds findet statt, bis er wenigstens 50 % der nach dem Durchschnitt der fünf letzten Jahre berechneten jährlichen Gesamtprämieneinnahmen der Anstalt erreicht. Der Verwaltungsrat kann einen allfälligen Überschuß über diesen Betrag den einzelnen Abteilungen im Verhältnis ihrer Prämieneinnahmen gutschreiben.

Entnahmen aus dem Reservefond sind von den betreffenden Abteilungen zu verzinsen und dem Fonds binnen einer vom Verwaltungsrat festzusetzenden Frist zu ersetzen. »

Dem Reservefond der schweizerischen Versicherungsanstalt wird zum großen Teile eine Aufgabe erspart bleiben, welche denjenigen deutscher Berufsgenossenschaften zugefallen ist. Dort hat der Reservefond nicht nur für finanzielle Sicherheit der Genossenschaften zu sorgen, sondern auch durch eigene Verzinsung eine Milderung des an sich etwas ungerechten Umlageverfahrens bei deren Finanzierung zu bewirken. Dieses Verfahren besteht darin, daß durch die jährlichen Prämien nur die alljährlich fälligen Renten und deren Kapitalwerte, samt übrigen Kosten zu decken sind; das bewirkt eine Belastung der Zukunft zu Gunsten der Gegenwart, indem für gegenwärtig fällige, fortdauernde An-

sprüche die Zukunft zum Teil aufzukommen hat. In Anbetracht dieses Umstandes bestimmte der deutsche Gesetzgeber beim Erlasse des ersten Unfallversicherungsgesetzes vom Jahre 1884, daß zu den jährlich zu erhebenden Prämien Zusatzbeiträge zur Häufung eines reichlichen Reservefonds eine Reihe von Jahren hindurch zugeschlagen werden sollten, um späterhin auch die Zinsen aus diesem Reservefonds teilweise zur Deckung der Risiken zu verwenden. Diese Rolle braucht nicht dem Reservefond der schweizerischen Unfallversicherungsanstalt ausdrücklich zugewiesen zu werden, da sich der Gesetzgeber entschloß, den Weg der Kapitaldeckung zu verfolgen. Das Kapitaldeckungsverfahren besteht nämlich darin, daß durch alljährliche Prämienauflagen die Kapitalwerte der im Laufe des Jahres den Versicherten zugefallenen Entschädigungsrenten und nicht die derzeitigen Aufwände gedeckt werden. Dieses System bedeutet keine Belastung der Zukunft zu Gunsten der Gegenwart und braucht nicht durch andere Mittel gemildert oder ergänzt zu werden.

Dieses über das eigentliche System der Finanzierung vorausgeschickt, gehen wir nun zur Behandlung der Frage über, wie die Versicherungsprämien festgesetzt, erhoben und von den Trägern der Prämienlast aufgebracht werden.

Im Laufe der Darstellung wurden öfters die « getrennten Abteilungen » erwähnt ; diese wurden zum Zwecke einer strikten Durchführung des Prinzips : jedes Risiko ist nur durch die dazu bestimmten Prämien zu decken, und diese sind wiederum von den dazu ausersehenen Personen zu tragen, vom Gesetzgeber im Ständerat neu eingeführt. Wir unterscheiden danach folgende Abteilungen :

a) diejenige für Betriebsunfälle der obligatorischen Versicherung ;

b) diejenige für Nichtbetriebsunfälle derselben ;

c) » » die freiwillige Versicherung ;

d) » » die Haftpflichtversicherung, welche übrigens auch nur freiwillig geschehen wird.

Hinsichtlich der Prämien für Betriebsunfälle werden die Betriebsarten nach ihrer Unfallgefahr in Gefahrenklassen eingeteilt. Innerhalb der Gefahrenklassen werden zwecks weiterer Individualisierung Gefahrenstufen gebildet. Die Zusammenstellung der für die einzelnen Gefahrenklassen und -stufen nach Maßgabe der Lohnhöhen geltenden Prämiensätze geschieht im Prämientarif. Dieser Tarif kann auf Grund der gemachten Erfahrungen alljährlich abgeändert werden. Durch diese Bestimmung gewinnt der Tarif an Beweglichkeit und Anpassungsfähigkeit. Bekanntlich liegt dessen Aufstellung dem Verwaltungsrate ob. Sein ohnedies kompetentes Urteil wird durch Anhörung der dazu vorzüglich geeigneten Berufsverbände noch unterstützt werden.

Für die Gefahrhöhe jedes einzelnen Betriebes sind die in demselben getroffenen Unfallverhütungsmaßnahmen von eminenter Bedeutung. Bekanntlich erlassen die deutschen Berufsgenossenschaften Verhütungsvorschriften und holen sich vor deren Verkündigung das Gutachten der Arbeitervertreter ein. Auch unser Gesetz ermächtigt den Vorstand der Unfallversicherungsanstalt, derartige Vorschriften zu erlassen und hält die Arbeitgeber an, «alle Schutzmittel zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen einzuführen, die nach der Erfahrung notwendig und nach dem Stande der Technik und den gegebenen Verhältnissen anwendbar sind.»

Die Mitwirkung der eidgenössischen Fabrikinspektoren in Sachen der Unfallverhütung wird dank ihren reichen Erfahrungen große Dienste leisten können. Auch die Teilnahme der Berufsverbände auf diesem Gebiete, wie sie der Gesetzgeber vorsieht, ist sehr empfehlenswert. Die in einzelnen Betrieben vorhandenen Verhütungsmaßnahmen werden deren Zuteilung zu den Gefahrenstufen des Prämientarifs beeinflussen. Nachlässige, den Verhütungsvorschriften nicht folgende Arbeitgeber bedroht der Gesetzgeber mit Geld- und Gefängnisstrafen.

Die Zuteilung einzelner Betriebe zu den Gefahrenklassen und -stufen des Prämientarifs geschieht durch den

Vorstand. Dieser ist ermächtigt, aus eigener Initiative oder auf Antrag der Betriebsinhaber, alljährlich Neuzuteilungen vorzunehmen. In erster Linie werden Betriebsänderungen zu Neuzuteilungen Anlaß geben. Deswegen verpflichtet auch der Gesetzgeber den Betriebsinhaber, « von jeder die Unfallgefahr erhöhenden Änderung im Betriebe binnen 8 Tagen Anzeige zu machen ; alsdann nimmt der Vorstand eine neue Zuteilung vor und entscheidet, ob und auf welchen Zeitpunkt sie zurückwirkt. » Um diese Anzeigepflicht wirksamer zu gestalten, enthält das Gesetz die Bestimmung, daß im Falle einer unentschuldbaren Versäumnis für die Zwischenzeit doppelte Prämien für Betriebsunfälle zu zahlen seien. Gegen die vom Vorstande gefaßten Zuteilungsbeschlüsse dürfen die Betriebsinhaber binnen 20 Tagen Rekurs beim Verwaltungsrate erheben.

Bei Festsetzung der Prämien für Nichtbetriebsunfälle wird den Anstaltsorganen viel mühsame Arbeit erspart bleiben. Wenn auch das Gesetz bestimmt, daß die Versicherten vom Vorstande entsprechend ihrer Gefährdung durch Nichtbetriebsunfälle in Gefahrenklassen einzuteilen seien, so ist es ohne weiteres klar, daß nur wenige Klassen gebildet werden können ; es mangeln alle die differenzierenden Momente, welche bei Betriebsunfällen zur Aufstellung eines Prämientarifs mit dessen vielen Abstufungen führen werden. Zunächst wird nur eine einzige Differenzierung möglich sein, diejenige nach Geschlechtern. Immerhin dürfen wir diese Differenzierung nicht als definitiv betrachten. Es handelt sich ja bei den Nichtbetriebsunfällen um ein ziemlich neues, wenig reifes Gebiet der Versicherung. Vielleicht werden mit der Zeit den Anstaltsorganen derart zahlreiche Erfahrungsmaterialien zur Verfügung stehen, daß sie zur Aufstellung weiterer Gefahrenklassen und Stufen greifen werden, daß sie auch Neuzuteilungen verordnen werden. Diese Möglichkeiten sieht auch der Gesetzgeber vor und bestimmt, daß auch bei Zuteilungen aus Nichtbetriebsunfällen die Artikel 77, Absatz 1 (das Recht des Vorstands alljährlich

Neuzuteilungen vorzunehmen) und Artikel 78 (Rekursrecht der Versicherten an den Verwaltungsrat gegen Zuteilungen) sinngemäße Anwendung zu finden haben.

Nachdem wir die Art und Weise, wie die Prämien festgesetzt werden, kennen gelernt haben, gehen wir zur Besprechung der Frage über, wer die Prämienlast zu tragen haben wird. In dieser Beziehung ist zwischen obligatorischer und freiwilliger Versicherung zu unterscheiden. Während in der obligatorischen Versicherung bei der Bestreitung der Prämienkosten drei Parteien — Arbeitgeber, Arbeiter und Bund, — beteiligt sind, fallen naturgemäß bei der freiwilligen Versicherung die Arbeitgeberbeiträge weg, da es sich nicht mehr um eine bestimmte Kategorie unselbständig Erwerbender handelt, sondern um alle in der Schweiz wohnenden Personen vom zurückgelegten 14. Lebensjahre an. Diese Bemerkungen vorausgeschickt, wenden wir uns zunächst der obligatorischen Versicherung zu. Der in dieser Materie ausschlaggebende Artikel 79 lautet : « Die Prämien für Betriebsunfälle fallenzu Lasten des Betriebsinhabers ; jede Abrede, daß der Versicherte an diesen Prämien beizutragen habe, ist ungültig.

Die Prämien für Nichtbetriebsunfälle fallen zu drei Vierteilen zu Lasten des Versicherten und zu einem Vierteil zu Lasten des Bundes. » Wenn auch der Gedanke, daß für Betriebsunfälle die Arbeitgeber allein, für Nichtbetriebsunfälle dagegen die vom Bunde durch Beiträge unterstützten Arbeiter aufzukommen haben, für alle drei Räte maßgebend gewesen ist, so erfuhr trotzdem die Frage der Verteilung der Lasten in jedem Rate eine wesentlich verschiedene Regelung. Laut bundesrätlichem Entwurfe bestand eine einzige ungetrennte Prämie zur Deckung beider Gefahrenarten, d. h. der Betriebs- sowie Nichtbetriebsunfälle. Der Bundesbeitrag belief sich auf 30 % bei einer Tagesprämie von einem Rappen, um allmählich je um einen Prozent abzunehmen und schließlich bei einer Tagesprämie von 15 Rappen und darüber konstant zu bleiben. Die Restprämie war vom

Arbeitgeber und Arbeiter im Verhältnisse von drei zu eins aufzubringen.

Tagesprämie		Bundesbeitrag	
1	Rappen	30 %	0,30 Rappen
2	»	29 %	0,58 »
3	»	28 %	0,84 »
11	Rappen	20 %	2,20 Rappen
12	»	19 %	2,28 »
14	Rappen	17 %	2,38 Rappen
15	»	16 %	2,40 »
16	»	15 %	2,40 »
17	»	14,12 %	2,40 »

Wir ersehen aus dieser Tabelle eine absolute (beschränkte) Zunahme der Bundesbeiträge und deren prozentuelle relative Abnahme. Der Gedanke, höheren Prämien mit höheren Beiträgen behilflich zu sein (absolute Zunahme), gleichzeitig aber nicht aus dem Auge zu verlieren, daß mit höheren Prämien und Versicherungsleistungen entsprechend höhere Löhne und größere wirtschaftliche Stärke korrespondieren, was wiederum die relative Abnahme der Bundesbeiträge begründet, mag an sich richtig gewesen sein. Immerhin wäre eine derartige Berechnung der Bundesbeiträge sehr umständlich gewesen. Außerdem muß bemerkt werden, daß der Gedankengang des Bundesrats einseitig gewesen ist, indem er das Gefahrenmoment nicht berücksichtigte. Nicht nur höhere Leistungen der Versicherungsanstalt, sondern auch größere Unfallgefahren beanspruchen höhere Prämien, — es kann ein Versicherter mit geringerem Lohne mit einem anderen, dessen Lohn den seinigen weit übersteigt, welcher aber geringere Unfallrisiken läuft, in gleicher Höhe von der Prämienlast getroffen werden. Ist es aber der Fall, so büßt das komplizierte bundesrätliche Projekt seine Existenzberechtigung ein.

Betrachten wir nun den nationalrätlichen Entwurf, so

ersehen wir daraus folgendes : zunächst Wiederaufnahme des Prinzips : Betriebsgefahren sind vom Arbeitgeber, Nichtbetriebsgefahren vom Versicherten und vom Bunde zu tragen. Da aber das Nichtbetriebsunfallrisiko an sich eine ziemlich konstante Größe darstellt, so sollte der Bundesbeitrag auch in einem festen Satze ausgedrückt werden, und zwar betrug er im nationalrätlichem Entwurfe ein halbes Lohnprozent. Die Restprämie war wiederum vom Arbeitgeber und Arbeiter im Verhältnisse von drei zu eins zu tragen. Dagegen läßt sich einwenden, daß wenn auch das Nichtbetriebsunfallrisiko eine ziemlich konstante Größe ist, so doch dessen Verhältnis zu der Betriebsgefahr variert, da jene je nach Berufs- und Betriebsart steigt und sinkt und keine Konstanz aufweist. Ist das aber der Fall, so dürfen wir nicht eine einheitliche Prämie für beide Risiken festsetzen, denn sonst könnten die Bundesbeiträge und Beiträge der Versicherten ungerechterweise unter Umständen auch zur Deckung der Betriebsgefahr verwendet werden. Auf Grund dieser Erwägungen entschloß sich der Ständerat und nachträglich auch der Nationalrat die Versicherungsprämien getrennt zu erheben und erzielte durch diese Lösung eine zweckmäßige und gerechte Verteilung der Lasten. Laut nationalrätlichem Entwurf beliefen sich die Anteile der Arbeitgeber, der Versicherten und des Bundes an der gesamten Bruttoprämie in

Lohnprozenten auf 2,29
» » 0,76
» » 0,58,

während der ständerätliche Entwurf durch Trennung beider Gefahren und dadurch auch durch Spaltung der Prämien folgende Ziffern aufweisen wird :

Arbeitgeber	2,88	Lohnprozente
Versicherte	0,45	»
Bund	0,30	» [1]

[1] S. Bericht der ständerätlichen Kommission S. 11.

Aus der Gegenüberstellung beider Zifferreihen ersehen wir, daß die strikte Durchführung des Prinzips : Arbeitgeber haben die Betriebsgefahr, Arbeiter und der Bund die Gefahr der Nichtbetriebsunfälle zu decken, mit Hilfe der getrennten Abteilungen eine gerechte Entlastung der Versicherten, sowie eine erfreuliche Verminderung des Subventionsbetrags des Bundes mit sich bringen wird. Die Unfallversicherung wird dem Bunde Kosten in der Höhe von 3,325,000 Fr. bereiten [1], zusammen mit der Krankenversicherung : 7,900,000 Fr. [2] Damit bleibt das Gesetz im Rahmen, der durch den Bundesrat in einem an die Kommissionen gerichteten Schreiben vom 9. Juni 1908 gezogen wurde, und entfernt die Gefahr einer finanziellen Überlastung des Bundes.

Die endgültige Fassung des ausschlaggebenden Artikels 79 [3] ist für die Arbeitgeberinteressen unvorteilhaft. Das wurde auch durch jene Zahlen, welche die mutmaßliche Belastung aller drei Parteien darstellen, bewiesen. Einen Versuch, diesen Interessen mehr Rechnung zu tragen und damit die Arbeitgeberlast zu verringern, machte Herr Ständerat Leumann mit seinem Antrage vom 12. April 1910. Dieser Antrag lautete : « Die Prämien für Betriebsunfälle fallen zu $^9/_{10}$ zu Lasten des Betriebsinhabers und zu $^1/_{10}$ zu Lasten des Bundes. Jede Abrede usw. » (es deckte sich der Antrag im weiteren Wortlaute mit demjenigen des Gesetzes). Stellt man sich diesem Antrage gegenüber auf prinzipiellen Boden, so ist er zu verwerfen ; die Arbeitgeber haben unbedingt für Betriebsrisiken allein aufzukommen, denn Betriebsunfälle sind innigst mit den Betrieben selbst verflochten. Ja, könnte man vielleicht erwidern, dann ist auch der Bundesbeitrag bei Versicherungsprämien gegen Nichtbetriebsunfälle zu verwerfen, denn kein Prinzip erfordert die Mitbeteiligung der

[1] Amtliches Bulletin der Bundesversammlung, Nationalrat, 1911, Seite 89.

[2] Ebenda.

[3] Siehe S. 114.

Bundesfinanzen. Darauf läßt sich wohl folgendes antworten: prinzipiell könnte der Bund zwar von seinen Beiträgen absehen; aber er will den wirtschaftlich Schwächern behilflich sein; und wenn man dagegen weiter einwendet, es seien auch zwischen den beitragspflichtigen Arbeitgebern arme, notdürftige Personen vertreten, wenn man auf den Umstand aufmerksam macht, daß unser Gesetz eine Reihe von Unternehmungen ohne Rücksicht auf deren Arbeiterzahl für versicherungspflichtig erklärte, so gewinnt allerdings der Gedanke einer Bundesunterstützung für kleinere Unternehmer an Berechtigung. Schon im Schoße der ständerätlichen Kommission wurden Anträge zum Schutze der kleineren Brodherren gestellt; aber alle diese Anträge erwiesen sich als ungenügend, indem sie nicht imstande waren, den Begriff kleinerer Unternehmungen mit prägnanten Merkmalen zu unterscheiden, und eine wenig zuverlässige Lösung der Frage zu bringen versprachen.[1] Gegen den Leumann'schen Antrag speziell erhebt sich noch eine Reihe von Einwürfen. Dieser Antrag verlangt eine allgemeine Unterstützung der Unternehmer, und dies geht entschieden zu weit. Wenn man annimmt, daß der Anteil der Arbeitgeber an der Unfallversicherung 20 Millionen betragen wird, so erwächst dem Bunde, bei Berücksichtigung des Leumann'schen Antrags eine Mehrausgabe von 2 Millionen. Davon würden den kleineren, in die Versicherungspflicht einbezogenen Unternehmungen, deren Personal von circa 60,000 nur 10 % des gesamten Versichertenbestandes betragen wird, kaum 200,000 zu Gute fallen.[2] Der weitaus größere Restbetrag würde der Großindustrie zufallen. Diese hat sich aber bereit erklärt, die Prämienlast aus Betriebsunfällen auf sich zu nehmen, wenn man ihr nur die Nichtbetriebsunfälle ab-

[1] Amtliches Bulletin der Bundesversammlung, Ständerat 1910, Seite 64 ff.

[2] Amtliches Bulletin der Bundesversammlung, Ständerat 1910, Seite 70.

nehmen wollte. (Wir wissen bereits, daß in dieser Beziehung dem Wunsche der industriellen Welt völlig entsprochen wurde.) In der Tat braucht sie sich auch keine Sorgen zu machen wegen der Prämienlasten; im großen und ganzen wird es ihr nicht schwer fallen, diese Lasten in Form von erhöhten Produktionskosten auf die Konsumenten abzuwälzen. Eine größere Gefahr könnte unter Umständen für die Exportindustrien entstehen; aber diese sind in der günstigen Lage, ein unter dem Durchschnitte bleibendes Unfallrisiko aufzuweisen. Man nimmt eine Durchschnittsprämie von 2,88 % des Lohnes für Betriebsunfälle an, während

die	Seidenindustrie	0,5–0,9 Lohnprozente
»	Uhrenindustrie	0,6–0,8 »
»	Stickereiindustrie	0,8–0,9 »
»	Baumwollindustrie	0,8–1 »
»	Fabrikation v. Strohhüten	1 ½ »
»	Produktion kondens. Milch	2–3 »
»	Maschinenindustrie . .	4,5–5 ½ »

als Durchschnitt der Prämien voraussichtlich aufweisen werden.[1] Mit einer einzigen Ausnahme also werden die Exportindustrien imstande sein, die Prämienlast ohne allzu große Opfer auf sich zu nehmen, wenn die ungünstigen Markt- und Konkurrenzverhältnisse sie hiezu zwingen sollten.

Erwähnenswert ist noch ein anderer Antrag, obwohl er gleich dem Leumann'schen nicht angenommen wurde. Seitens der nationalrätlichen Kommission wurde bei der zweitmaligen Beratung der Vorlage vorgeschlagen, den Bundesbeitrag nicht mit ¼ der Prämien für Nichtbetriebsunfälle, sondern in fixen Sätzen von Fr. 3 jährlich pro Versicherten festzustellen. Die Kommission glaubte, nur auf diesem Wege gleiche Behandlung beider Geschlechter erzielen zu

[1] Amtliches Bulletin der Bundesversammlung, Ständerat 1910. Seite 65.

können. Abgesehen schon von technischen Schwierigkeiten bei Verrechnung dieser fixen Beiträge — nicht jeder Arbeiter arbeitet das ganze Jahr hindurch und wenn er es sogar tut, so arbeitet er nicht immer in demselben Betriebe — ist der Vorschlag der nationalrätlichen Kommission ungerecht: die Prämien für Nichtbetriebsunfälle werden bei Frauen, angesichts deren niedrigeren Löhne und geringerer Unfallgefahr, niedriger als bei Männern ausfallen; dementsprechend würden die 3 Fr. Bundesbeitrag einen viel größeren Teil der Frauenprämien ausmachen als der höheren Männerprämien.

Wir haben bereits den Prämientarif, den Zuteilungsmodus, sowie die zukünftige Lastenverteilung kennen gelernt. Es erübrigt noch in diesem Zusammenhange über den Prämienbezug sowie die Ermittlung der Prämienhöhe für einzelne Betriebe zu berichten. Die Arbeitgeber haben ihre eigenen Beiträge, sowie diejenigen ihrer Angestellten an die Anstalt zu entrichten. Dieser Modus der Erhebung empfiehlt sich aus Rücksichten der schnelleren und einfacheren Abwicklung des Prämienbezugs. Anstatt sich an Hunderttausende von versicherten Personen einzeln zu wenden, hält sich die Anstalt nur an die viel geringere Zahl von Arbeitgebern, welche den von ihren Angestellten schuldigen Prämienbetrag bei Lohnzahlungen abziehen können. Um jedoch Mißbräuche und Ungerechtigkeiten zu vermeiden, enthält das Gesetz eine Bestimmung, wonach Abzüge für den auf eine Lohnperiode entfallenden Betrag der Prämien nur am Lohnbetrag dieser oder der unmittelbar nachfolgenden Lohnperiode stattfinden dürfen. Das Gegenteil, Abzüge von den gegenwärtig zur Zahlung gelangenden Löhnen für eine zukünftige Versicherungsperiode, wird somit ausgeschlossen; und mit Recht, denn derartige Zustände wären dazu geeignet, die Arbeiterschaft in noch größere Abhängigkeit von ihren Brodherren zu bringen.

Die Berechnung der Prämienbeiträge geschieht nach Maßgabe der im Vorjahre gezahlten Lohnsummen. Zu diesem

Zwecke werden die Betriebsinhaber angehalten, « geordnete Lohnlisten fortlaufend zu führen, die bezüglich jedes Angestellten oder Arbeiters des Betriebes über Beschäftigungsart, Lohn und Zahl der Arbeitstage genaue Auskunft geben. »[1] Um die Richtigkeit der in den Lohnlisten enthaltenen Angaben prüfen zu können, dürfen Beauftragte der Anstalt jederzeit die Vorweisung dieser Listen, sowie zu deren Kontrolle dienender Bücher und Schriftstücke verlangen. Besonders durch Heranziehung der Bücher zu Kontrollzwecken wird die Gefahr falscher oder ungenauer Angaben in den Lohnlisten fast ganz beseitigt.

Die vorläufig ermittelten Prämienbeiträge sind binnen Monatsfrist nach deren Bekanntgabe von den Betriebsinhabern für ein ganzes Jahr vorauszubezahlen. Dadurch wird wiederum der Anstalt viel Mühe und Arbeit erspart. Auch Arbeitgeber genießen dabei den Vorteil, dank den Pränumerandozahlungen und der damit verbundenen Verzinsungsmöglichkeit, geringere Beiträge zu entrichten. Es wird sich immerhin dabei um beträchtliche Zahlungen handeln ; deshalb bestimmt das Gesetz mit Rücksicht auf kleinere, nur spärlich mit Geld versehene Unternehmungen, daß gegen einen entsprechenden Zuschlag für Zinsausfall die Beitragszahlungen auch in halb- oder vierteljährlichen, ja sogar ausnahmsweise in monatlichen Raten zulässig sind. Bei Nichteinhaltung der Zahlungsfristen werden die auf die Zwischenzeit entfallenden Prämien um 25 % erhöht.

Nach Jahresschluß werden die endgültigen Prämienbeiträge auf Grund der wirklichen, und nicht im Vorjahr ausbezahlten Lohnsummen berechnet. Ergibt sich dabei im Vergleiche zu den bereits bezahlten Beiträgen ein Mehr- oder Minderbetrag, so wird er bei der vorläufigen Zahlung der Prämien für das nächste Jahr verrechnet oder nachbezogen.

[1] Die Angaben über die Beschäftigungsart der Angestellten sind für deren individuelle Zuteilung zu einzelnen Gefahrenstufen von Bedeutung.

Analog den Arbeitgeber- und Arbeiterbeiträgen geschieht Bezug und Berechnung der Bundesbeiträge für ein ganzes Jahr voraus; zum Schlusse des Jahres erfolgt dann die Korrektur.

Zum Schlusse dieses Abschnitts fügen wir noch einiges über die freiwillige Versicherung hinzu. Es wurde bereits festgestellt, daß sich bei der Versicherungsanstalt jede in der Schweiz wohnende Person vom zurückgelegten 14. Lebensjahr freiwillig gegen Unfälle versichern kann. Der Bund zahlt für jeden Versicherten, dessen Jahreseinkommen Fr. 3,000 nicht übersteigt, einen jährlichen Beitrag von $^1/_8$ der Gesamtprämie. Durch diese Bestimmung wird den freiwillig Versicherten ein erheblich höherer Bundesbeitrag zugemessen, als den obligatorisch Versicherten, bei welchen der Bundesbeitrag $^1/_4$ der Prämie für Nichtbetriebsunfälle allein und nicht der Gesamtprämie beträgt. Aber man darf nicht aus dem Auge verlieren, daß die obligatorisch Versicherten dafür die Garantie einer Versicherung haben und den Vorteil genießen, daß die ganze Betriebsunfallprämie von ihren Arbeitgebern getragen wird. In Bezug auf Versicherungsleistungen, Erhebung und Bemessung der Beiträge und manches mehr, bestimmt das Gesetz nichts näheres und überläßt es der Bundesversammlung, diese Fragen nachträglich zu regeln. Der Gesetzgeber sah ein, daß man verschiedenen Eigentümlichkeiten und bereits geübten Modalitäten Rechnung zu tragen hat, daß man Zeit walten lassen muß, um sich die nötigen Kenntnisse und Erfahrungen anzueignen und erst dann vernünftige, nicht vom grünen Tische kommende Gesetze zu erlassen.

Besonderer Berücksichtigung bedarf bei Regelung der freiwilligen Versicherung die Landwirtschaft.[1] So darf man es z. B. nicht in der Landwirtschaft mit den Unfallverhütungsvorschriften so genau und streng wie bei anderen

[1] S. amtliches stenographisches Bulletin der Bundesversammlung, Nationalrat 1908, S. 569 ff., Ständerat 1910, S. 55.

Berufsarten halten ; wesentliche Schwierigkeiten werden in Bezug auf Führung von Lohnlisten zu bewältigen sein, weiterhin ist zu bemerken, daß oft bei Unfallversicherungsverträgen mit Landwirten vereinbart wurde, die Prämien nicht nach den gezahlten Lohnsummen, sondern nach Umfang des Gutes zu bemessen ; schließlich sei noch erwähnt, daß ein großer Teil landwirtschaftlicher Arbeiter, das Gesinde — im Haushalte der Dienstherren wohnt, was für die Versicherungsleistungen von wesentlicher Bedeutung ist. [1]

Auch die Haftpflichtversicherung, welche ebenfalls in den Bereich der freiwilligen Versicherung gehört, bleibt vorläufig ungeregelt. Ihre Bedingungen wird die Bundesversammlung auf Antrag des Verwaltungsrats ordnen. Ein Bundesbeitrag kann aber nur auf dem Wege der Bundesgesetzgebung gewährt werden.

F. **Rechtspflege. Wegfall der Haftpflichtgesetze. Inkrafttreten des Obligationenrechts. Ansprüche der Anstalt und der Versicherten an Drittpersonen. Art. 341 des O.-R.**

Jeder Kanton bezeichnet ein einziges Gericht als erste Instanz für die Behandlung der Streitigkeiten :

a) zwischen einem Versicherten oder einem Dritten und der Anstalt oder einer Kasse, über die im zweiten Titel dieses Gesetzes bestimmten Versicherungsleistungen ;

b) über Ansprüche, welche die Anstalt oder eine Kasse, gestützt auf den zweiten Titel dieses Gesetzes, erhebt, inbegriffen die Schadenersatzforderungen wegen unentschuldbarer Versäumnis der Unfallanzeige und aus dem Titel der nicht geschuldeten Geldleistung ;

c) zwischen der Anstalt und einer Kasse über Ansprüche, welche gestützt auf dieses Gesetz erhoben werden.

Unter *a* gehören z. B. Ansprüche auf Krankengeld und Renten, unter *b* Schadenersatzansprüche der Anstalt an

[1] Dies gilt auch für das Handwerk und aller Art Dienstboten.

Arbeitgeber und Versicherte, welche sie nicht rechtzeitig vom Unfalle in Kenntnis setzten und dadurch vielleicht den Heilungsprozeß beeinträchtigten; unter *c* Ansprüche der Kassen an die Anstalt, welche ihnen aus der Rückversicherung oder aus dem Agenturdienste erwachsen usw.

Gegen Entscheide der kantonalen Instanz kann beim Versicherungsgericht Berufung eingelegt werden. Dieses Gericht hat seinen Sitz in Luzern; es kann aber auch anderswo Sitzungen abhalten. Diese Bewegungsfreiheit des Versicherungsgerichtes wird mancher Streitpartei zu Gute kommen. Über die Organisation des Gerichts enthält das Gesetz nichts näheres und überläßt es der Bundesversammlung, darüber Bestimmungen zu erlassen.

Das so geregelte 2-Instanzensystem kam erst bei späteren Beratungen zustande; die Räte schlugen anfangs andere Systeme vor. Der Nationalrat schuf zwar zwei Instanzen, aber ließ als erste Instanz mehrere kantonale Gerichtsstellen zu, was unbedingt die Einheitlichkeit der Iudikatur hemmen würde. Dem gegenüber projektierte der Ständerat in Übereinstimmung mit dem Bundesrate ein einziges Gericht: das Bundesversicherungsgericht. Auch diese Lösung war in Anbetracht der schweren Erreichbarbeit einer einzigen zentralen Instanz, unbefriedigend, dagegen trifft das endgültig ins Gesetz aufgenommene System gerade das richtige: die statuierten zwei Instanzen erleichtern den Parteien den Gerichtsweg, ohne dabei das Prinzip einer einheitlichen Iudikatur zu verletzten.

Die für Streitsachen aus der Unfallversicherung bestimmten kantonalen Gerichte und das Versicherungsgericht, als Berufungsinstanz — werden eine schwere Aufgabe zu erfüllen haben, immerhin bleibt ihnen eins erspart: die langwierigen, peinlichen, den Klassenhaß fördernden Prozesse, zu welchen das Haftpflichtsystem wiederholt Anhalt gegeben hatte. Denn es fallen mit Einführung der Unfallversicherung und Aufnahme der Berufskrankheiten in das Wirkungsgebiet der Versicherungsanstalt die Haftpflichtgesetze endgültig

weg, wenigstens bezüglich der Arbeiter und Angestellten haftpflichtiger Betriebe. [1]

Alle zum Wegfall bestimmten Haftpflichtgesetze werden durch Bestimmungen des Obligationenrechts (Schweiz. Zivilgesetzbuch, V. Teil) ersetzt. Dementsprechend tritt die Anstalt gegenüber einem Dritten, welcher auf Grund des Obligationenrechts für einen Unfall schadenersatzpflichtig ist, — und er ist es bekanntlich auch in Fällen leichter Fahrlässigkeit (« culpa levis »), — bis auf die Höhe ihrer Leistungen in die Rechte des Versicherten, bzw. seiner Hinterlassenen ein. Für den durch Versicherungsleistungen ungedeckten Teil des Schadens bleibt der Verletzte, respektive seine Hinterbliebenen, gegen schuldige Drittpersonen klageberechtigt. In gewissen Fällen wird es angebracht sein, die Schadenersatzpflicht bei culpa levis zu eliminieren. Diese Fälle zählt Art. 96 des Gesetzes auf: « Es haftet für einen Unfall, der einen Versicherten der Anstalt getroffen hat, ein Familienangehöriger desselben nur dann, wenn er den Unfall absichtlich oder grobfahrlässig herbeigeführt hat. » Das Gleiche gilt für den Arbeitgeber des Versicherten und für einen Familienangehörigen, Angestellten oder Arbeiter dieses Arbeitgebers, falls letzterer in der obligatorischen Versicherung wenigstens die Prämien für Betriebsunfälle oder in der freiwilligen Versicherung wenigstens die Hälfte der Prämien auf eigene Kosten zahlte. »

[1] Einige Haftpflichtgesetze lassen die Haftpflicht nicht nur gegenüber den im Betriebe tätigen Personen gelten. So lesen wir im Art. 95 des Gesetzes: « Es werden unter anderen aufgehoben: das Bundesgesetz betreffend die Haftpflicht der Eisenbahn und Dampfschiffahrtsunternehmungen und der Post vom 28. März 1905, sowie Art. 95 des Bundesgesetzes betreffend das schweizerische Postwesen vom 5. April 1910, mit Bezug auf Unfälle, von denen die Angestellten oder Arbeiter dieser Unternehmungen betroffen werden ». Demgemäß bleiben die Passagiere und Drittpersonen, welche Opfer eines mit dem Eisenbahn-, Dampfschiffahrts- oder Postbetriebe verbundenen Unfalls werden, von der Haftpflicht geschützt.

Alle diese Personenkategorien dürfen weder von der Anstalt, noch vom Verunglückten in Anspruch genommen werden, wenn sie den Unfall nur leichtfahrlässig herbeigeführt haben. Ihr Verschulden ist gering, und die nahen verwandtschaftlichen oder wirtschaftlichen Bande zwischen dem Verunglückten und ihnen begründen die Berechtigung dieses Schutzes.

Von großem Interesse ist es, die Wandlungen zu verfolgen, welche Art. 341 des Obligationenrechtes in den drei Räten erfuhr. Dieser Artikel, jetzt Art. 335 des Obligationenrechts, lautet :

« Bei einem auf längere Dauer abgeschlossenen Dienstvertrage geht der Dienstpflichtige seiner Ansprüche auf Vergütung nicht verlustig, wenn er durch Krankheit, Militärdienst oder aus ähnlichen Gründen ohne eigenes Verschulden auf verhältnismäßig kurze Zeit an der Leistung seiner Dienste verhindert ist.

Der Arbeitgeber hat den Dienstpflichtigen, welcher mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebt, bei vorübergehender unverschuldeter Krankheit auf eigene Kosten verpflegen und ärztlich behandeln zu lassen. »

Dieser Artikel mußte mit dem Versicherungsgesetze in Verbindung gebracht werden und eine Abänderung erfahren, um den unerwünschten Zustand von Doppelleistungen [1], über die gewöhnlichen Diensteinnahmen hinaus, zu vermeiden. Es ist im Artikel 341 von einer « verhältnismäßig kurzen » Zeit die Rede ; erfahrungsgemäß umfaßt dieser Begriff eine bis drei Wochen dauernde, unverschuldete Aussetzung der Arbeit ; nach Ablauf dieses Zeitraums fallen die Verbindlichkeiten des Brodherrn aus Artikel 341 weg. Laut Ermittelungen des Bundesrats belaufen sich die Kosten einer dreiwöchentlichen Behandlung auf 52 % [2] — also ungefähr die

[1] Seitens der Anstalt, oder einer Kasse einerseits, und des Brotherrn andererseits.

[2] Botschaft des Bundesrates, S. 175.

Hälfte der Kosten einer sechsmonatlichen Behandlung durch Krankenkassen.[1] Daraus zog der Bundesrat folgenden Schluß, welchen er auch in einer entsprechenden Bestimmung ausdrückte: wenn der Arbeitgeber auf eigene Kosten wenigstens die Hälfte des Beitrags an eine Krankenkasse bezahlt,[2] so hat er nur den Mehrbetrag des Lohnes über das von der Kasse gewährte Krankengeld fortzubezahlen; was nun die im 2. Absatz des Artikels 341 statuierte Pflicht — für ärztliche Behandlung zu sorgen — betrifft, so hat der Arbeitgeber deren Kosten nur insofern zu tragen, als sie durch die Krankenkasse nicht übernommen wurden. Zum speziellen Fall der Unfallkrankheiten übergehend, argumentierte der Bundesrat folgendermaßen: diese Krankheiten werden, wiederum für die Zeit von 3 Wochen gerechnet, der Versicherungsanstalt Kosten verursachen, welche sich durchschnittlich auf zirka 11 % der Gesamtentschädigungskosten eines Unfalls belaufen[3]; da aber laut bundesrätlichem Entwurfe Arbeitgeber von obligatorisch Versicherten 75 % der über den Bundesbeitrag hinausgehenden sogen. « Restprämie » zu entrichten hatten, so kam der Bundesrat zur Aufnahme folgender Bestimmung in seinen Entwurf: ist der Dienstpflichtige bei der Versicherungsanstalt versichert und zahlt der Arbeitgeber wenigstens $^3/_4$ der Restprämie, so finden beim Eintritt einer Unfallkrankheit die Bestimmungen des Art. 341 O. R. keine Anwendung. Demgemäß brauchte der Arbeitgeber auch nicht den Mehrbetrag des Lohnes über das von der Anstalt entrichtete Krankengeld zu bezahlen, weil sein Anteil von 75 % die Behandlungskosten von 11 % weit überstieg.

So sehr die bundesrätliche Lösung den Anschein erweckt,

[1] Bekanntlich sollten, laut bundesrätlichen Entwurf, Versicherungsleistungen für eine andauernde Krankheit mindestens 6 Monate lang gewährt werden.

[2] Diese Hälfte findet in den obenerwähnten 52 % der Behandlungskosten ihre Begründung.

[3] Botschaft des Bundesrates, S. 176.

das Richtige getroffen zu haben, so stellte sich dennoch bei näherer Untersuchung heraus, daß sie unzureichend war. Es ist das Verdienst Prof. Hubers gewesen, auf die Rohheit und Ungenauigkeit der darin enthaltenen Maßnahmen den Nationalrat aufmerksam gemacht zu haben. Was würde nämlich geschehen, wenn sich der Arbeitgeber bei der Krankenversicherung nur mit 40–45 % des Prämienbeitrages beteiligt hätte ? dann würden seine Verbindlichkeiten aus Art. 341 des O. R. fortlaufen, und der erkrankte Versicherte dürfte das Krankengeld von der Kasse und den vollen Lohn vom Brodherrn beanspruchen ; dasselbe würde aber geschehen, wenn der Arbeitgeber sich gar nicht an den Prämienzahlungen beteiligte ; dagegen würde der Arbeitgeber berechtigt sein, bei einem Beitrage von 50 % seinem erkrankten Angestellten das volle Krankengeld vom Lohne abzuziehen. Eine derartige Regelung der Frage ist sicherlich nicht richtig. Es fehlt ihr das Merkmal der Proportionalität. Zudem birgt die bundesrätliche Bestimmung bezüglich der Unfallkrankheiten einen Widerspruch in sich. Wir haben nämlich erfahren, daß abgesehen von Fällen der « culpa levis », des leichten Verschuldens, Versicherte gegen ihre eines Unfalls schuldige Arbeitgeber Entschädigungsansprüche erheben dürfen ; diese Ansprüche haben sich auf den von der Versicherung ungedeckten Teil des Schadens zu beschränken ; nun kommt dieser Bestimmung jene andere in die Wege, indem sie in Fällen, welche die Anwendung des Artikels 341 begründen, Ansprüche gegen Arbeitgeber [1] fallen läßt. Um alle hervorgehobenen Mängel der bundesrätlichen Fassung zu beseitigen, brachte Prof. Huber einen Abänderungsantrag ein, welcher auch im Nationalrat angenommen wurde ; dieser Antrag lautete : « in den Fällen, wo der Arbeitgeber gemäß den Vorschriften des Obligationenrechts dem Dienstpflichtigen trotz dessen Erkrankung den Lohn zu entrichten hat, kann er vom Lohne die Krankengelder, die dem Dienst-

[1] Welche 75 % der Restprämien entrichten.

pflichtigen aus einer Versicherung entrichtet werden, zu dem Bruchteil abziehen, der seiner Beteiligung an der Prämie entspricht. » Aus dem Wortlaute dieses Antrags ersieht man, daß er geeignet war, die Widersprüche und Ungenauigkeiten des bundesrätlichen Beschlusses zu beseitigen.

Der Ständerat ließ sich von den Vorteilen des Huber'schen Antrags nicht überzeugen, und sein Beschluß deckte sich, in Abweichung vom Nationalrate, grundsätzlich mit demjenigen des Bundesrats. Bei späteren Lesungen erfuhr der bundesrätliche Beschluß manche unbedeutende Änderungen, und die eidgenössischen Räte einigten sich schließlich auf folgenden Wortlaut des betreffenden Artikels :

« Wenn der Dienstpflichtige bei einer anerkannten Krankenkasse versichert ist und der Dienstherr wenigstens die Hälfte der Versicherungsbeiträge auf eigene Kosten zahlte, so darf im Krankheitsfalle das von der Kasse gewährte Krankengeld von dem gemäß Artikel 335 des Obligationenrechts [1] (Schweiz. Zivilgesetzbuch, V. Teil) zu zahlenden Lohne abgezogen werden.

Im Falle eines Unfalls hat der Dienstpflichtige keinen Anspruch auf Lohnzahlung, wenn er bei der Schweiz. Unfallversicherungsanstalt obligatorisch versichert ist, und der Dienstherr wenigstens die Prämien für Betriebsunfälle auf eigene Kosten zahlte ; dasselbe gilt für den Fall einer freiwilligen Versicherung, wenn letztere die gleichen Leistungen wie die obligatorische Versicherung zum Gegenstand hat und der Dienstherr wenigstens die Hälfte der Prämien auf eigene Kosten zahlte. »

Es ist nun der Fall nicht ausgeschlossen, daß in der freiwilligen Versicherung erheblich niedrigere Versicherungsleistungen allgemein oder aber für einzelne Berufsarten vereinbart sein werden, was wiederum die Prämienhöhe beträchtlich vermindern wird ; in solchen Fällen würde die Übernahme der Prämienhälfte durch den Dienstherrn in

[1] Früherer Art. 341 des O. R.

keinem Verhältnis mehr zu der Befreiung von der Fortzahlung des Lohnes stehen. Deshalb bestimmt das Gesetz weiter: «Weichen die Versicherungsleistungen von denjenigen ab, die in Art. 49 ff. umschrieben sind [1], so trifft die Bundesversammlung die nötigen Anordnungen über den Lohnanspruch der freiwillig Versicherten.» — Es ist auch die Bundesversammlung, welche die Bedingungen der freiwilligen Versicherung, unter anderen auch deren Versicherungsleistungen zu regeln hat.

Schluß.

Die Betrachtung des neuen, nach dem vorangegangenen Mißerfolge doppelt schwierigen Gesetzgebungswerks zeigte uns, daß der Gesetzgeber diesmal besonders bemüht war, den bestehenden Verhältnissen, sowie den Forderungen verschiedener Klassen und Interessenvertretungen Rechnung zu tragen. Auf dem Gebiete der Krankenversicherung sah er von der Einführung des Versicherungszwangs von Bundeswegen ab; es sollen die Hilfskassen auch in der Zukunft diesen Zweig der Versicherung besorgen; der Bund kommt ihnen mit Beiträgen entgegen, wofür er die Gewährung gesetzlich statuierter Mindestleistungen verlangt und die subventionierten Kassen seiner Aufsicht unterstellt. In Bezug auf Bundesbeiträge werden keine Unterschiede zwischen «offenen» allgemein zugänglichen und «geschlossenen» — politischen, beruflichen und konfessionellen Kassen gemacht. Nur in Ausnahmsfällen darf den subventionierten geschlossenen Kassen die Aufnahme von ihren Statuten nicht entsprechenden Mitgliedern aufgedrängt werden [2]. Was die Mindestleistungen betrifft, so genügen als solche: die Gewährung von Naturalien (ärztliche Behandlung und Arzneien), oder

[1] Art. 49 ff. statuieren die Versicherungsleistungen in der obligatorischen Versicherung.

[2] Siehe S. 45 ff. und 58.

aber nur ein Krankengeld in der Höhe von 1 Fr. täglich. Beide angeführte Bestimmungen — Anerkennung von geschlossenen und von Krankengelderkassen — tragen bestehenden Verhältnissen Rechnung und ermöglichen zahlreichen Kassen, sich um den Bundesbeitrag zu bewerben. Günstig für die Kassen und gleichzeitig für die Versicherten war auch die Regelung der ärztlichen Frage. An Stelle der lästigen, unbeschränkten, freien Ärztewahl einerseits, und des unfreundlichen Kassenarztsystems andererseits, wurde ein Mittelding — die bedingte freie Ärztewahl geschaffen [1], welche alle Interessen miteinander versöhnt. Wenn nun mit Bezug auf die Freizügigkeit [2] der Gesetzgeber Beschlüsse faßte, welche besonders für die westschweizerischen Kassen wesentliche Änderungen mit sich bringen können, so tat er es im allgemeinen Interesse des Fortschritts auf dem Gebiete der Krankenversicherungsorganisation; übrigens gefährden jene Beschlüsse keineswegs das Dasein der von ihnen betroffenen Kassen, welche sich auch ohne große Schwierigkeiten und Opfer daran anpassen können werden. Leider enthält das Gesetz eine Bestimmung, welche zu gerechten Einwänden Anlaß geben wird. Diese Bestimmung bezieht sich auf das Verbot, Arbeitgeber von obligatorisch Versicherten in der kantonalen, beziehungsweise Gemeindezwangsversicherung, zur Prämienbeteiligung zu verpflichten. [3] Dieses Verbot mußte aber aus Opportunitätsgründen statuiert werden, weil Vertreter der Arbeitgeberkreise daraus eine « conditio sine qua non » für die Annahme des Gesetzes ihrerseits machten. Wenn also in dieser Materie dem Gesetzgeber vom sozialpolitischen Standpunkte aus Vorwürfe gemacht werden können, so ist er zum großen Teile durch den auf ihn geübten Druck und durch den Wunsch, ein Gesetz unbedingt zustande zu bringen, entschuldigt.

[1] Siehe S. 50 ff.
[2] Siehe S. 55 ff.
[3] Siehe S. 60 ff.

Währenddem auf dem Gebiete der Krankenversicherung das neue Gesetz auf dem Boden der bisherigen Einrichtungen, — der freien Hilfskassen — verbleibt, bringt die Regelung der Unfallversicherung wesentliche Neuerungen mit sich; der Gesetzgeber verläßt den Weg der Haftpflichtgesetze und statuiert die Versicherungspflicht, aber nur für diejenigen Unternehmungen, welche der Haftpflicht unterworfen waren [1], somit werden einerseits die ungenügenden, vielfach lästig empfundenen Haftpflichtgesetze abgeschafft, andererseits aber geht der Gesetzgeber vorsichtig vor, indem er die Einführung des allgemein geltenden Obligatoriums nach dem Muster des Forrer'schen Gesetzes, für alle unselbständig Erwerbenden der Zukunft überläßt.

Zur Besorgung der obligatorischen Versicherung wird eine eidgenössische Unfallversicherungsanstalt errichtet. Diese zentrale Anstalt genießt eine weitgehende Autonomie; als eines ihrer bedeutendsten Organe fungiert der Verwaltungsrat, welcher sich aus Vertretern der beteiligten Kreise konstituiert; dieser Rat wird dank seiner Zusammensetzung zur Schwächung des bureaukratischen Charakters, welcher zentralen Anstalten eigen ist, wesentlich beitragen. Außer der obligatorischen Versicherung, welche ihr Monopol bildet, besorgt die Anstalt auch die freiwillige Versicherung. Beide — obligatorische und freiwillige Versicherung — umfassen Betriebs- und Nichtbetriebsunfälle, sowie eine Reihe von Berufskrankheiten. Der Einbezug von Nichtbetriebsunfällen in die Unfallversicherung ist besonders von den Arbeitern warm zu begrüßen, da ja jeder Unfall, sei er im Betriebe entstanden oder nicht, für sie von gleich schweren finanziellen Folgen begleitet wird. Es werden für Betriebs- und Nichtbetriebsunfälle in der Anstalt getrennte Abteilungen geführt, wodurch der Grundsatz der Kostendeckung jedes Risikos durch die dazu bestimmten Prämienträger strikt durchgeführt werden kann. Arbeitgeber sind

[1] Näheres darüber siehe S. 71 ff.

an der Deckung der Versicherungskosten von Nichtbetriebsunfällen gar nicht beteiligt; sie haben nur für Betriebsunfälle in der obligatorischen Versicherung mit Prämien aufzukommen, während ihre Angestellten das Nichtbetriebsunfallrisiko mit Hilfe des Bundes (¼ der Prämie) tragen. In der freiwilligen Versicherung verwischt sich der Unterschied zwischen Arbeitgebern und Arbeitern, es kommen kurzweg Versicherte in Betracht, letztere tragen die Kosten beider Unfallrisiken, werden aber, wie die obligatorisch Versicherten, vom Bunde unterstützt ($^1/_8$ der Gesamtprämie). Die von der Anstalt bei Unfällen gewährten Leistungen werden relativ hoch bemessen; das im ersten Stadium zu gewährende Krankengeld beläuft sich auf 80 % des Tagesverdienstes; die eigentliche Invalidenrente beträgt 70 % des entgehenden Jahreslohnes. In Bezug auf die zulässigen Revisionen, Rentenänderungen usw. enthält das Gesetz vernünftige, für die Versicherten günstige Bestimmungen [1]. Wird jemand von unserem Gesetze beeinträchtigt, so sind es wirklich nur die privaten Versicherungsgesellschaften. Viele haftpflichtige Unternehmungen sind bei ihnen in Form einer Kollektivversicherung der Angestellten bereits versichert gewesen; dieses Kontingent, welches zukünftig in der obligatorischen Versicherung figurieren wird, wird ihnen von der Anstalt entzogen werden; was die freiwillige Versicherung betrifft, so dürfen sie zwar mit der Anstalt in Konkurrenz treten, aber nur Anstaltsmitglieder werden die Bundessubvention genießen, was natürlich ein bedeutendes Lockmittel unter vielen anderen bilden wird. Die eidgenössischen Räte waren sich des Schadens, welcher durch diese Lösung den Versicherungsgesellschaften zugefügt wird, bewußt; die Monopolfrage wurde erschöpfend erörtert und trug den Sieg im allgemeinen Interesse der Versicherten davon. [2]

Wir erfuhren, daß sich der Bund auf beiden Gebieten

[1] Siehe S. 99 ff.
[2] Siehe S. 79 ff.

der Versicherung mit Beiträgen beteiligen wird; diese Beiträge, samt anderen vom Bunde zu tragenden Kosten, werden zirka 8 Millionen jährlich betragen. Diese Summe ist der Bund imstande ohne Gefährdung seiner Finanzen zu tragen.[1] Übrigens steht ihm der Versicherungsfond zur Seite, welcher bereits über 30 Millionen beträgt, und dessen Zinsen dem Bunde seine Last in Notfällen erleichtern werden können.

Dieser kurze Überblick über den Inhalt des Gesetzes läßt wohl die Erwartung berechtigt erscheinen, daß das neue Gesetz, ohne die Interessen einzelner Kreise empfindlich zu beeinträchtigen, der Gesamtheit zum Wohle ausfallen wird.

[1] Siehe S. 117.

SACHREGISTER.

A

Agenturen 78.
Aerzte 52.
Aerztefrage 45ff., 131.
Aerztliche Behandlung (siehe Krankenpflege).
Aerztliche Kommissionen 48, 51.
Anerkannte Krankenkassen 31 ff.
Anerkennungsbedingungen 35 ff.
Apotheken 52 ff., 94.
Arbeiterbeiträge 13, 16, 60, 83, 114–117, 133.
Arbeitgeberbeiträge 13, 14, 16, 21, 60–63, 83, 114 ff. 125, 127–129, 131, 132-133.
Arzneien (siehe Krankenpflege).
Arztapotheken 52–53.
Ausländer 107—108.

B

Bedingte freie Apothekenwahl 52.
Bedingte freie Aerztewahl 50–51, 94, 131.
Belgien 64.
Berufsgenossenschaften 73, 79, 110, 112.
Berufskrankheiten 9–10, 15–16, 63, 89–90, 132.
Berufsverbände 14, 77, 79–80, 112.
Beschränkte freie Aerztewahl 49.
Bestattungskosten 102.
Betriebskapital 109.
Betriebskassen 12, 14, 20–21, 36.
Betriebsunfälle 15, 82 ff. 111, 112, 114, 132.
Bundesaufsicht 31, 32, 130.
Bundesbeiträge 13, 14, 16, 31, 39, 63 ff., 83, 85, 114 ff., 122, 123, 130, 133.
Bundesgesetzgebung 7, 123.
Bundeslasten 25, 69, 117, 134.
Bundesrappen 13, 14.
Bundesrat 14, 72, 74, 77, 78, 79, 89, 98.
Bundesverfassung 11, 32, 34, 68–69, 91.
Bundesversammlung 13, 14, 15, 122, 123, 124, 130.

C

Caisses scolaires 41.

D

Dänemark 64.
Deckungskapitalien 77, 79.
Deutschland 10, 17, 18, 21, 23, 35, 40, 41, 42, 43, 44, 46, 50 (Anmerkung), 54, 56, 60, 63, 66, 72, 73, 79, 90, 95 (Anmerkung), 96, 99 (Anmerkung), 102–103, 105, 110–111, 112.
Doppelversicherung 42.

E

Eingeschriebene Kassen 12, 14, 58.
Eintrittsgeld 55–57.
England 24.
Exportindustrien 119.

F

Fabrikgesetz 45.
Fabrikinspektoren 27, 112.
Fabrikkrankenkassen 36.
Fabrikstatistik 38, 90.
Finland 24 (Anmerkung 1).
Fixe Sätze 119–120.
Formelle Reziprozität 108.
Frankreich 24, 27, 95.
Frauenversicherung 37–38, 65.
Freie Aerztewahl 45 ff. 94, 131.
Freie Kassen 12, 14, 19, 55, 56.
Freiwillige Versicherung 7, 12, 13, 14, 31, 39, 63, 73–74, 76, 77, 82, 91, 111, 122–123, 129, 132, 133.
Freizügigkeit 55 ff.
Freizügigkeitskonkordate 5, 56.

G

Gebirgszuschlag 67.
Gefahrenklassen- und Stufen 77, 79, 112, 113.
Gegenseitigkeitsprinzip. 35.
Gesamtprämie 83, 85, 133.
« Geschlossene » Kassen 37, 58, 131.
Gesetz vom 5. Oktober 1899 (lex Forrer) 3, 12 ff., 39, 44, 55–56, 58, 59, 60, 61, 70, 78, 90, 97, 98 (Anmerkung).
Gesetz vom 13. Juni 1911 31 ff.
Getrennte Abteilungen 76, 86, 111.

H

Haftpflichtgesetze 8 ff., 16, 22, 23, 24, 71, 84, 89, 124–125, 132.
Haftpflichtversicherung 77, 79, 90–92, 111, 123.
Halbversicherung 13.
Heilanstalten 51–52, 93, 96.
Hilfsvereine 3 ff., 35, 130.
Hinterbliebenenrenten 15–16, 90, 93, 102–104, 106, 107.

I

Insolvabilitätsfond 27.
Inspektorate 78.
Invalidenrenten 4, 15, 22–24, 93, 98–100, 106, 107, 133.
Invaliditätsversicherung 66, 90.
Italien 23, 95.

K

Kantonale Aufsicht 32.
Kantonale Gerichte 123–124.
Kantonale Gesetzgebung 7, 59.
Kantone :
Aargau 4.
Appenzell 52, 56.
Baselland 56.
Baselstadt 53, 56.
Bern 4, 65.
Freiburg 4.
Genf 52, 53.
Glarus 56, 65, 67.
Graubünden 56, 67.
Solothurn 56.
St. Gallen 4, 52, 56.
Tessin 41, 52.
Thurgau 56.
Wallis 53, 67.
Zürich 4, 56.
Kantonsregierungen 54.
Kapitalabfindungen 22, 101–102, 104–106.
Kapitaldeckungsverfahren 111.
Karenzzeit 43, 55–57, 90.
Kassenärzte 45 ff., 131.
Kinderversicherung 40–41, 65.
Kollektivversicherung 27, 74, 133

Korporative Selbsthilfe 3.
Krankengeld 13, 14, 15, 39–40, 41, 45, 64, 93, 94–96, 99, 106, 127–129, 131, 133.
Krankenpflege 13, 14, 15, 22, 26, 39, 41, 64, 65, 67–69, 93–94, 99, 107, 126, 130.
Krankenversicherung 3 ff., 12–14, 26, 31 ff., 130 131.
Kreiskrankenkassen 12, 21, 55.
Kürzungen 23, 84, 106.

L

Landwirtschaft 17–18, 19, 74, 92, 122–123.
Lohnlisten 75, 121, 123.
Luxemburg 18 (Anmerkung), 24 (Anmerkung 1), 35.

M

Materielle Reziprozität 108.
Medici in condotta 41.
Militärversicherung 16, 106.
Mise en subsistence 56, 57, 58.
Morbidität 38, 65.

N

Nichtbetriebsunfälle 15, 82 ff., 111, 113, 114, 132.
Niederlanden 23, 103 (Anmerk.).
Norwegen 24, 80 (Anmerkung), 103 (Anmerkung).

O

Obligationenrecht 90, 99 (Anmerkung 2), 125 ff.
Obligatorische Versicherung 7–8 (Anmerkung), 11, 12–14, 17–19, 24 (Anmerkung 1), 26, 27, 30, 33, 35, 55–56, 60–63, 69, 70–72, 79, 80, 111, 114, 125, 129, 130, 131, 132.
Obligatorium (siehe (Obligatorische Versicherung).
Oeffentliche Aerzte 41.
Oeffentliche Kassen 12–13, 33, 51–52, 55, 58.
Oekonomisches Prinzip der Versicherung 81.
Oesterreich 18, 19, 23, 35, 41, 43, 44, 56, 59, 60, 80, 96 (Anmerkung), 103 (Anmerkung).

P

Personenversicherung 91.
Prämien 13, 16, 83, 85, 88, 97, 108, 112–114, 123, 125, 127, 129, 133.
Prämiensätze 85, 88, 112.
Prämientarif 77, 112.
Pränumerandozahlungen 121.
Prinzip der Nichtrückwirkung 6.

R

Rechtscharakter der Kassen 58.
Rechtspflege 58–59, 123–124.
Referendum 16.
Referendumskomitees 16.
Reichsversicherungsordnung 54, 90.
Rekursrecht 113, 114, 124.
Rentenprinzip 104.
Reservefond 109, 110–111.
Restprämie 16, 83, 114, 116, 127.
Revisionen 99–100, 133.
Reziprozität 108.
Rückversicherung 61, 84, 94, 97–98.

S

Schadenersatz 9, 23, 125.
Schiedsgerichte 54–55, 59.
Schweden 64.
Sektionen 79.
Selbstdispensationsrecht 53.

Selbstkonstitutionsrecht 75, 77.
Simulation 42, 51, 65, 66, 83, 84, 94.
Spitalverbände 52.
Sterbegeld 4, 13, 15, 93, 102, 107.
Stillgeld 45.
Subventionsprinzip 31.

T

Tarife 47, 50, 51, 54, 78.
Territorialanstalten 80.
Traumatische Neurose 100, 101.

U

Ueberversicherung 42, 96, 107.
Umlageverfahren 110.
Unfallfürsorge 8 ff.
Unfallkrankheiten 61, 93 ff., 97, 127.
Unfallstatistik 11 (Anmerkung) 83, 84.
Unfallversicherung 14–16, 26–27, 62, 70 ff., 124, 132–133.
Unfallversicherungsanstalt 14, 24, 62, 73, 74 ff. 79 ff. 91, 97–98, 109, 125, 132.
Ungarn 18 (Anmerkung), 35.

V

Verhütungsmaßnahmen 79, 112, 122.
Vermögensversicherung 91.
Versicherungsamt 14.
Versicherungsanstalt (s. Unfallversicherungsanstalt).
Versicherungsfond 28, 109, 134.
Versicherungsgericht 15, 124.
Versicherungsgesellschaften 74, 80–82, 133.
Versicherungsleistungen 13, 15, 38 ff., 93 ff., 123, 129–130, 133.
Versicherungsmonopol 80 bis 82, 132.
Versicherungspflicht 12, 14, 17 bis 19, 70, 71–72, 132.
Versicherungsprämien (siehe Prämien).
Versicherungsrat 14, 24.
Versicherungszwang (siehe Obligatorische Versicherung).
Verträge 47, 49, 50, 51, 52, 53–54.
Vertragsausschüsse 54.
Vertrauensärzte 48, 51.
Vertrauensmänner 79.
Verwaltungskosten 16, 77, 109 bis 110.
Verwaltungsrat 74, ff., 83, 110, 112, 113, 123, 132.
Verwaltungsratsausschüsse 77.
Volksabstimmung 11, 16.
Volksversicherung 43.
Vollversicherung 13.
Vorstand 74, 77, 112, 113.

W

Wartefrist 41, 94–95.
Wartegeld 50, 52.
Witwen- und Waisenversorgung 4, 90.
Wöchnerinnenunterstützung 44 bis 45.

Z

Zuteilung 77, 112–114, 121 (Anmerkung).

Es sei mir an dieser Stelle gestattet, meinen hochverehrten Lehrern, den Herren Professor Dr. A. Amonn und Professor Dr. A. v. Kostanecki für die Anregung zu dieser Arbeit, für ihre bereitwillige Unterstützung, sowie für das mir stets bewiesene Interesse und Wohlwollen meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Freiburg (Schweiz). — St.-Paulus-Druckerei. — 1673.12